

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DE “MEJORARSE” a “DAR A LUZ”:

EL DISCURSO DEL MOVIMIENTO COSTARRICENSE  
POR EL PARTO HUMANIZADO O RESPETADO

Tesis sometida a la consideración del Programa de Estudios de  
Posgrado en Comunicación para optar al grado y título de Maestría  
Académica en Comunicación y Desarrollo

LAURA CHINCHILLA ALVARADO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

## **DEDICATORIA**

A todas las mujeres que sufrieron malos tratos mientras daban a luz  
A todas las niñas y adolescentes obligadas a parir con violencia  
A Emi y Martín, con quienes nací de nuevo

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de la tribu: José María, Margarita, Mami, Emi y Martín. Gracias Jose por el trabajo de cuidado y doméstico compartido, por apoyarme en mis proyectos, por tener siempre palabras de ánimo, por tu lectura crítica siempre constructiva. Gracias Margarita por tu apoyo y trabajo cotidiano. Gracias Mami por el afecto, la solidaridad y los tupper de comida deliciosa. Gracias Emi, gracias Martín, por permitirme nacer de nuevo cuando nacieron de mí, por marcar para siempre mi mirada de la vida. Gracias chicos por aprender a vivir con las ausencias temporales de su mamá. Yo sé que en este período de maestría y tesis nos hemos extrañado mutuamente.

Agradezco a mis maestras Larissa Tristán y Yanet Martínez y a mi maestro Koen Voorend por su generosidad: por compartirme sus conocimientos y por sacar de su preciado tiempo para leerme, y corregirme, y volverme a leer. Gracias Larissa por la rigurosidad y la exigencia -tan necesarios en estos tiempos donde abunda la mediocridad-, por la teoría y la metodología, por hacerme las preguntas precisas. Gracias Yanet por demostrarme que la sororidad es posible también en el ámbito académico, por acercarme a otras epistemologías, por las complicidades y los proyectos. Gracias Koen por la acuciosidad, por leer mi trabajo con tanto detalle y en tiempo récord, por las discusiones y el afecto. Gracias a los tres por alentarme y recordarme de lo que era capaz. Agradezco también a Luisa Ochoa, Lissette Marroquín, Jorge Zeledón y demás profesores de la maestría con quienes me emocioné aprendiendo y a Angélica Castro por la paciencia y el acompañamiento, siempre solícito, en todos los trámites administrativos.

Gracias a Rebecca Turecky, Natalia Del Valle, Marie Tyndall, Rahel Pacheco, Yaliam González, Mónica Miranda y demás parteras y doulas por su infinito amor por las mujeres y la vida, por su valentía y tozudez. Las admiro y las quiero. Este trabajo es para ustedes.

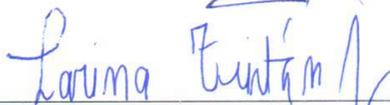
Gracias Universidad de Costa Rica por tanto. Gracias pueblo de Costa Rica por financiar la educación pública de la que soy beneficiaria.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Comunicación de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Académica en Comunicación y Desarrollo.”



---

M.Sc. Gustavo Araya Martínez  
**Representante del Decano**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**



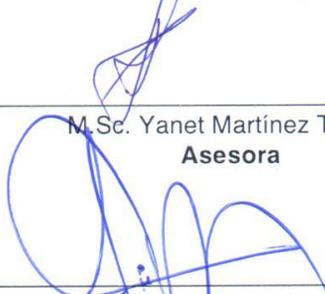
---

Dra. Larissa Tristán Jiménez  
**Directora de Tesis**



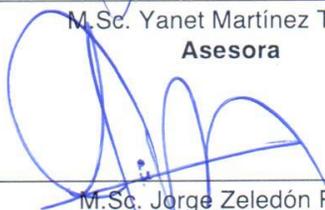
---

PhD. Koen Voorend  
**Asesor**



---

M.Sc. Yanet Martínez Toledo  
**Asesora**



---

M.Sc. Jorge Zeledón Pérez  
**Director del Programa de Posgrado en Comunicación**



---

Laura Chinchilla Alvarado  
**Candidata**

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACION.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE CUADROS.....	x
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
PREFACIO.....	xii
<b>1. INTRODUCCION: PROBLEMA, OBJETIVOS Y JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</b>	<b>6</b>
2.1. El parto: un fenómeno sociocultural atravesado por relaciones de poder.....	6
2.2. Parto humanizado/ respetado y discurso.....	7
2.2.1. Parto y discurso médico/hegemónico.....	8
2.2.2. Parto humanizado/respetado, discurso y movimiento social.....	9
<b>3. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
3.1. Parto tecnocrático y parto humanizado/respetado.....	12
3.2. Poder, saber y cuerpo.....	14
3.3. Movimiento social, sujeto político.....	17
3.4. Discurso, poder y hegemonía: el Análisis Crítico del Discurso.....	19
3.5. El análisis crítico feminista del discurso.....	25
<b>4. MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>27</b>
4.1. Técnicas de recolección de los datos.....	27
4.2. Técnicas de análisis de los datos.....	32
4.3. Ruta metodológica.....	33

<b>5. DOULAS, PARTERAS...MUJERES: EL MOVIMIENTO COSTARRICENSE POR EL PARTO HUMANIZADO O RESPETADO</b> .....	34
5.1. Contexto en que emerge el MCPH/R .....	35
5.1.1. Marco histórico de la institucionalización del parto en Costa Rica.....	36
5.1.2. Marco jurídico internacional sobre derechos reproductivos.....	38
5.1.3. Marco legal, institucional y social del parto en Costa Rica.....	39
5.2. Organización, composición y acciones colectivas del MCPH/R.....	43
5.3. Identidad, actitudes e ideologías comunes del MCPH/R.....	52
5.3.1. La transformación cultural como objetivo.....	52
5.3.2. Identidad: subalternidad y la resistencia.....	54
5.3.3. Parto y subjetividad: la politización de lo cotidiano.....	56
5.3.4. El encuadre feminista como rasgo ideológico/identitario.....	58
5.4. Parto en movimiento: síntesis de los resultados.....	61
<b>6. REVERENCIANDO EL PARTO: EL DISCURSO DEL MCPH/R</b> .....	63
6.1. Macroestructura semántica del discurso del MCPH/R.....	64
6.2. Estrategias discursivas del MCPH/R.....	67
6.2.1. Estrategias referenciales.....	67
6.2.2. Estrategias predicativas.....	69
6.2.3. Estrategias argumentativas.....	70
6.2.3.1. <i>Los topoi</i> .....	70
6.2.3.2. <i>La argumentación científica como estrategia</i> .....	72
6.2.4. Estrategias de intensificación.....	73
6.2.5. Estrategias retóricas.....	73
6.2.6. Estrategias de resemantización.....	76
6.3. El encuadre discursivo del MCPH/R.....	80
6.3.1. Marcas de modalidad.....	81
6.3.2. Otras estrategias de encuadre.....	82
6.4. Estrategias de representación y transitividad en el discurso del MCPH/R .....	84
6.4.1. Actores presentes y roles atribuidos en el discurso.....	85
6.4.2. Identificación entre el sujeto que enuncia y el sujeto enunciado.....	87
6.4.3. Identificación de un adversario común.....	87
6.4.4. Impersonalidad como estrategia de transitividad.....	88
6.4.5. Internacionalismo como estrategia de representación.....	89
6.5. Otros rasgos léxico-semánticos del discurso del MCPH/R.....	90
6.5.1. El lenguaje género-sensitivo.....	90
6.5.2. El parto humanizado/respetado: una categoría polisémica.....	90

6.6. El parto en clave del MCPH/R: síntesis de los resultados.....	91
<b>7. DE LA LITOTOMIA A LA LIBRE POSICION: TENSIONES E INTERACCIONES ENTRE DOS MODELOS DE PARTO.....</b>	<b>93</b>
7.1. Resistencias del sistema de parto institucionalizado a los planteamientos del MCPH/R.....	93
7.2. La expresión extrema del rechazo al MCPH/R: el hostigamiento.....	99
7.3. Acercamientos del MCPH/R a la institucionalidad.....	102
7.4. Trabajando con la institucionalidad: decepciones y esperanzas.....	104
7.5. ¿Partos en casa, en casas de parto, en el hospital?.....	107
7.6. “Están robando mi territorio”: poder y control en las maternidades costarricenses .....	109
7.7. Las tensiones se mantienen, el modelo también: síntesis de los resultados.....	114
<b>8. PODER, SABER Y CUERPO EN EL DISCURSO DEL MCPH/R: discusión de resultados.....</b>	<b>117</b>
8.1. Parto, poder y sujeto <i>mujer</i> .....	117
8.2. Parto, poder y cuerpo.....	122
8.3. Parto, poder y saber.....	124
<b>9. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>128</b>
<b>EPILOGO.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>138</b>
Referencias notas de prensa.....	146
Referencias publicaciones en Facebook.....	149
<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>

## RESUMEN

Esta investigación explora el discurso del movimiento social que promueve el parto humanizado o respetado en Costa Rica y las interacciones que este discurso establece con el discurso hegemónico del parto.

El análisis del discurso, desde una perspectiva crítica, feminista y foucaultiana, muestra que este movimiento sostiene su discurso tanto sobre la crítica al modelo hegemónico de parto medicalizado como sobre la propuesta de otro paradigma: el parto humanizado o respetado. Los resultados indican que esa propuesta se construye a través de una serie de estrategias discursivas que buscan *resemantizar el parto*, es decir, que plantean una manera, *otra*, de atenderlo y de entenderlo. Entre estas destaca la presencia de estrategias retóricas que *embellecen* el constructo discursivo “parto” y lo vinculan con elementos emocionales y espirituales, así como la presencia de “*contra-topoi*”, estrategias argumentativas empleadas para desplazar representaciones sociales sobre el parto, el sujeto *mujer*, los saberes obstétricos y el cuerpo, sustituyéndolas por otras.

A través del análisis del discurso se ubican también los principales actores sociales e institucionales que participan en las dinámicas de atención del parto, el rol que desempeñan y las relaciones tensas y complejas que el movimiento social mantiene con ellos.

**Palabras clave:** Parto humanizado, parto respetado, análisis crítico del discurso, estudios de comunicación de movimientos sociales.

## ABSTRACT

This research explores the discourse of the social movement that promotes humanized or respected childbirth in Costa Rica and the interactions that this discourse establishes with the hegemonic discourse of childbirth.

The discourse analysis, from a critical, feminist and Foucaultian perspective, shows that this movement sustains its discourse both on the critique of the hegemonic model of medicalized childbirth and on the proposal of another paradigm: humanized or respected childbirth.

According to the results, this discourse is constructed through a series of discursive strategies that seek to resemantize childbirth: that is to say, they propose one way, *another*, of attending to it and understanding it.

These include the presence of rhetorical strategies that *embellish* the discursive construct "childbirth" and link it with emotional and spiritual elements, as well as the presence of "counter-topoi", argumentative strategies used to displace social representations about childbirth, the female subject, obstetric knowledge and body, replacing them with others.

Through the discourse analysis, the main social and institutional actors that participate in the dynamics of childbirth care, the role they play and the tense and complex relationships that the social movement maintains with them are also located.

**Keywords:** humanized childbirth, respected childbirth, critical discourse analysis, social movement communication studies.

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Instrumento para el análisis de publicaciones en RRSS.....	32
<b>Cuadro 2.</b> Ruta metodológica de la investigación.....	33
<b>Cuadro 3.</b> Marco normativo nacional sobre derechos sexuales y reproductivos.....	39
<b>Cuadro 4.</b> Proyectos de ley sobre derechos de salud sexual y reproductiva y atención del parto presentados en la Asamblea Legislativa de Costa Rica.....	41
<b>Cuadro 5.</b> Recuento de actividades públicas organizadas por el MCPH/R.....	46
<b>Cuadro 6.</b> Características atribuidas al parto según modelos de atención, en el discurso del MCPH/R.....	70
<b>Cuadro 7.</b> Contra-topoi presentes en el discurso del MCPH/R y topoi que buscan subvertir.....	71
<b>Cuadro 8.</b> Estrategias de intensificación empleadas en las publicaciones en Facebook del MCPH/R.....	74
<b>Cuadro 9.</b> Muestra de tropos presentes en las publicaciones en Facebook del MCPH/R.....	75
<b>Cuadro 10.</b> Términos y expresiones empleadas en la atención del parto hospitalario y del parto humanizado/respetado. ....	78
<b>Cuadro 11.</b> Mecanismos de reforzamiento de encuadre presentes en el discurso del MCPH/R.....	83
<b>Cuadro 12.</b> Categorías utilizadas en el análisis de las estrategias de representación y transitividad.....	84
<b>Cuadro 13.</b> Muestra de publicaciones donde emerge la confrontación endogrupo-exogrupo.....	88

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Temas del discurso del MCPH/R según publicaciones en Facebook.....	64
<b>Tabla 2.</b> Macroestructura semántica del discurso del MCPH/R.....	65
<b>Tabla 3.</b> Referencias a sujeto “mujer” en el discurso del MCPH/R, según publicaciones en Facebook.....	68
<b>Tabla 4.</b> Prevalencia de marcas de modalidad en publicaciones en Facebook.....	81
<b>Tabla 5.</b> Presencia de actores sociales en el discurso del MCPH/R, según publicaciones en Facebook.....	85

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Publicación en FB de Anidar (2016, agosto 22).....	28
<b>Figura 2.</b> Publicación en FB de EyNS-CR (2017, agosto 13).....	65
<b>Figura 3.</b> Publicación en FB de EyNS-CR (2017, setiembre 23).....	65
<b>Figura 4.</b> Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, setiembre 21).....	65
<b>Figura 5.</b> Publicación en FB de MAMASOL-CR (2016, mayo 17).....	68
<b>Figuras 6 y 7.</b> Publicaciones en FB de MAMASOL-CR (2017, setiembre 10) y EyNS-CR (2017, agosto 12).....	72
<b>Figuras 8 y 9.</b> Publicaciones en FB de EyNS-CR (2017, setiembre 24) y MAMASOL-CR (2016, junio 23)....	73
<b>Figura 10.</b> Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, diciembre 11).....	78
<b>Figura 11.</b> Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, agosto 18).....	79
<b>Figura 12.</b> Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, agosto 30).....	82
<b>Figura 13.</b> Publicación en Facebook de Anidar (2015, febrero 17).....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS

**MCPH/R:** Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado/Respetado

**CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social

**FB:** Facebook

**INEC:** Instituto nacional de Estadística y Censo

**MAMASOL-CR:** MAMASOL Costa Rica

**EYNS-CR:** Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica

## PREFACIO

Yo tengo dos hijos: Emiliano y Martín. Cuando me embaracé por primera vez, deseé vivir el proceso de mi maternidad de manera empoderada, responsable y placentera. Mientras buscaba información y acompañamiento para el parto, pude ser testigo de las tensiones y las resistencias sociales que existen en torno al modelo de parto humanizado o respetado que promueven algunos colectivos de mujeres, doulas y parteras en el país. Acompañada y orientada por algunas de ellas, experimenté, con tres años de diferencia, dos partos seguros, saludables, armoniosos, felices. Ambas experiencias fueron trascendentales.

Desde entonces, he dado seguimiento al trabajo que realizan y he mantenido contacto con algunas mujeres que lideran ese movimiento social. También he seguido la discusión pública en torno a la forma en que parimos las mujeres en Costa Rica. Con el tiempo pude percatarme de que, al día de hoy, soy una mujer privilegiada por el *simple* hecho de no haber experimentado violencia obstétrica y de haber sido la protagonista de mis historias de parto.

Al mismo tiempo, como comunicadora social y amante del lenguaje, me llamó la atención que las activistas del *parto humanizado o respetado* usaran ciertos términos para referirse al trabajo que hacían: que hablaran de “empoderarse para el parto”, de “cesáreas innecesarias”, de “olas uterinas”; que dijeran “dar a luz” y no “mejorarse”, “mamá” y no “parturienta”. Quise entender cómo ese otro lenguaje, ese *otro* discurso, participaba en la construcción de una manera, *otra*, de entender y atender el parto.

Por las mujeres que han sufrido malos tratos mientras daban a luz a sus hijos e hijas; por las más pobres que no pudieron acceder a un parto respetado, por las niñas y adolescentes obligadas a parir con violencia, es que esta investigación fue concebida. Como mujer feminista, socialista, comunicadora social, no podía desviar la mirada de este tema.



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

Yo, Laura Chinchilla Alvarado, con cédula de identidad 109860360,  
en mi condición de autor del TFG titulado De "mejorarse" a dar a luz": el discurso del Movimiento  
Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado.

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

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

Garantizo que este Trabajo Final de Graduación es el original que sirvió para la obtención de mi título, y  
que no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El mismo cuenta con el visto bueno de mi Director  
(a) de Tesis o Tutor (a) y se cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de  
Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Laura Chinchilla Alvarado

Número de Carné: 950841 Número de cédula: 109860360

Correo Electrónico: laura.chinchilla@ucr.ac.cr laurachinchillaalvarado@gmail.com

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Larissa Tristán Jiménez.

Fecha: 17 de setiembre de 2019

**FIRMA:**

## 1. INTRODUCCION: PROBLEMA, OBJETIVOS Y JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Como resultado de una serie de denuncias de mujeres que se quejaban de haber recibido malos tratos antes, durante o después del parto y que tuvieron eco en la prensa, el Estado costarricense tuvo que rendir cuentas por violencia obstétrica ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en octubre de 2015. En la audiencia, el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM), de la Universidad de Costa Rica (UCR) dieron a conocer la situación del país en este tema (Ávalos, 2015), que ya estaba siendo reconocida también por la Defensoría de los Habitantes. Según la Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia, EMNA, (2018), el 58% de las mujeres que tuvieron un parto en los últimos dos años sufrieron violencia obstétrica (Naranjo, 2019).

Pero son casi dos décadas las que tiene el Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado<sup>1</sup> (MCPH/R en adelante) de estar planteando la necesidad de transformar los métodos y las condiciones en que se atienden los cerca de 200 nacimientos<sup>2</sup> que en promedio ocurren cada día en el país (INEC, 2017), de los cuales el 94% tienen lugar la Caja Costarricense de Seguro Social (Solís, 2018). El MCPH/R propone un modelo de parto que denomina *parto humanizado* o *parto respetado* y exige que el Estado garantice su universalización, tanto dentro como fuera del sistema hospitalario. Para tal efecto, a lo largo del tiempo ha venido articulando una red para-institucional que atiende partos extra-hospitalarios, a la vez que ha buscado incidir en la práctica obstétrica dentro de la CCSS.

Este movimiento social, conformado por parteras, *doulas*<sup>3</sup>, promotoras de lactancia materna y otras mujeres, es poco conocido, así como sus métodos de atención de alumbramientos. Sin embargo, ha tenido presencia en los medios, en casos como el ocurrido en febrero de 2017, cuando una mujer murió producto de una fuerte hemorragia posparto tras haber parido en casa.

---

<sup>1</sup> El movimiento no tiene este nombre oficial ni ningún otro. Acá lo he nombrado de esta forma para efectos prácticos.

<sup>2</sup> En el 2017 ocurrieron 6881 nacimientos en Costa Rica, un promedio de 188,5 nacimientos diarios (INEC, 2018a).

<sup>3</sup> Una doula es una mujer especializada en dar acompañamiento emocional a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y posparto. La mayoría ha sido certificada por la organización D.O.N.A, Doulas of North América, en Estados Unidos o a través de la Asociación Mamasol en Costa Rica.

En el periódico La Nación aparecieron titulares como “*Colegio de Médicos: ningún parto debe atenderse en la casa por riesgos para madre e hijo*” (Ávalos, 2017a), “*Colegio de Médicos investiga muerte de mujer que decidió dar a luz en su casa*” (Ávalos, 2017b), y editoriales que afirmaban que “*La búsqueda de ese cuestionable objetivo (el parto domiciliario) puede resultar mortal*” (Partos a domicilio, 2017). Por su parte, Diario Extra tituló: “*Parto casero mata madre*” (Zúñiga, 2017), la Prensa Libre: “*Mujer de 30 años coloca realidad de partos caseros en ojos de las autoridades*” (Cascante, 2017), Monumental: “*Colegio de Enfermeras alerta sobre riesgos de partos atendidos en el hogar*” (Porrás, 2017), Crhoy.com: “*Dan un “no” rotundo a los partos en casa*” (Guerrero, 2017) y Repretel: “*Partos fuera del hospital no cuentan con regulación*” (2017), entre otros.

Estas y otras notas y reportajes encabezadas por títulos como “*Moda de partos caseros se extiende sin controles*” (Ávalos, 2016c) y “*Enfermeras alertan a población por riesgos de partos guiados por 'doulas' o parteras*” (Ávalos, 2016b) dan cuenta del encuadre que la prensa nacional viene dando a este tema<sup>4</sup>.

El caso citado hizo visible la disputa político-simbólica existente entre un discurso social hegemónico y un discurso subalterno, no hegemónico, anclados en dos modelos de parto: uno soportado desde la institucionalidad (el parto medicalizado) y otro promovido desde las organizaciones sociales (el parto humanizado/respetado). La presente investigación pretende explorar esas tensiones por el control de los procesos de reproducción y el cuerpo de las mujeres que tiene lugar en el espacio público, en el plano discursivo, en el ejercicio de comunicación.

Me interesa entonces detectar los constructos socio-discursivos que predominan en relación con el parto, los saberes obstétricos y el cuerpo de las mujeres, pero sobre todo de hacer presente aquello que está ausente, visibilizar aquellas experiencias de la vida social que suelen quedar por fuera del encuadre oficial, en este caso, las prácticas socio-discursivas del MCPH/R.

---

<sup>4</sup> Como sabemos, los medios son agentes que posibilitan la construcción de la esfera pública, entendida como ese espacio social y dinámico donde se discuten los asuntos públicos (Thompson, 1998). Estos construyen sentido de realidad (Waisbord, 2014). Si partimos del supuesto que el *discurso* es un elemento constitutivo de las representaciones sociales, es probable que la predominancia en la prensa de un discurso hegemónico sobre el parto (que como veremos adelante se basa en un paradigma de parto intervenido, medicalizado, tecnocratizado), haya condicionado en buena medida las representaciones sociales en torno al parto en el contexto costarricense.

Las preguntas que alentaron la investigación fueron: ¿Qué propone el MCPH/R? ¿A través de cuáles prácticas se expresan estos planteamientos y propuestas? ¿Cuáles aspectos del modelo hegemónico de parto está cuestionando? ¿De qué maneras las prácticas discursivas del MCPH/R podrían estar fracturando las representaciones sociales en torno a la experiencia del parto, los saberes obstétricos y el poder del y sobre el cuerpo de las mujeres? En síntesis, **¿cómo el discurso del MCPH/R permea y confronta el discurso hegemónico de parto?**

Esta investigación tiene entonces como objetivo general analizar el discurso del Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado (MCPH/R) con el fin de comprender cómo éste interactúa con el discurso hegemónico de parto. Los objetivos específicos que permiten alcanzar este objetivo son:

1. Caracterizar al MCPH/R.
2. Analizar el discurso del MCPH/R.
3. Detectar las interacciones que este discurso establece con el discurso hegemónico de parto.

En síntesis, esta investigación busca comprender el parto humanizado/respetado como un discurso social que emana de un sujeto político: el movimiento social por la humanización de parto. Pretendo identificar las intervenciones y fracturas que este discurso contra-hegemónico o subalterno podría estar provocando en el modelo predominante de parto en el contexto sociocultural costarricense y con ello en las representaciones sociales del parto, los saberes obstétricos y el cuerpo de las mujeres.

Este estudio, que se centra en el discurso del MCPH/R, parte de una premisa: **“no hay cambio social relevante sin cambio de discurso”** (Larrinaga, 2016, p.328). El discurso del MCPH/R irrumpe en la esfera pública y sostiene que el modelo de parto que opera en el sistema oficial estatal de atención de la salud materno-infantil, debe cambiar. Es un discurso emitido por un movimiento social, enunciado por colectivos de mujeres que proponen un cambio acerca de cómo se debe *traer vida al mundo*. Es un discurso que, como explico adelante, habla sobre el cuerpo, los cuerpos de las mujeres, y con cómo estos cuerpos son tratados e intervenidos. Un discurso que cuestiona las jerarquías y los roles de género y las relaciones de poder que se expresan en el abordaje institucional de los procesos reproductivos y que ofrece un nuevo paradigma de atención del parto: el parto humanizado o respetado.

En el marco de la investigación sobre la Comunicación para el Cambio Social, es imperativo poner la mirada en las propuestas concretas de los movimientos sociales que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas. Y en este punto parto de otra premisa: si bien los movimientos sociales denuncian, cuestionan, resisten, no es ese su único rol social ni político. Estos -y el MCPH/R da cuenta de ello- también formulan y plantean soluciones. Pero además el movimiento implementa acciones donde pone en práctica esos planteamientos. Se trata de un discurso que no solo es reactivo sino también productivo, que *produce* cambio.

En concordancia con la línea de pensamiento de de Sousa, Sandoval (2010) sostiene que una de las tareas de la investigación en ciencias sociales, y en comunicación particularmente, es la de “facilitar la **emergencia de narrativas emancipadoras**” (p.6). En este caso, se trata de dar cuenta de un discurso social disruptivo sobre el parto y “retirar del ostracismo el nacimiento natural y humanizado, centrado en el protagonismo y en la autonomía de la mujer” (Hecker y Vasconcelos, 2017, p.4). Desde la investigación académica no puedo aspirar a resolver el problema de la violencia obstétrica, pero mi trabajo sí puede contribuir a “**retirar del ostracismo**” una propuesta política, un discurso pragmático que busca transformar el modelo de nacimiento en Costa Rica, y con ello, abonar al debate público sobre este tema.

Decía arriba que los movimientos sociales no solo cuestionan o resisten sino que también proponen. Desde esta perspectiva, y a diferencia de buena parte de los estudios consultados sobre este tema, esta investigación no se centra en la violencia obstétrica que sufren las mujeres que paren en el sistema hospitalario convencional, ni ubica a estas mujeres en el lugar de objetos pasivos depositarios de la violencia obstétrica institucionalizada, sino que más bien pone la atención en el **MCPH/R como sujeto político**, con capacidad de construir su propia narrativa, su propio discurso y de fracturar las representaciones sociales hegemónicas sobre el parto. En esta línea Bellón (2015) plantea que las explicaciones sobre el biopoder y el conocimiento autorizado o legitimado contribuyen a comprender las complejas relaciones que envuelven el papel actual de la medicina en occidente, pero que este abordaje no implica que debamos entender siempre a las personas usuarias de los sistemas de salud como “víctimas pasivas” de éstos, en la medida que existen movimientos, cada vez más visibles, que exigen una nueva forma de entender la asistencia médica y las relaciones entre profesionales y personas usuarias (p.102).

El trabajo busca también trascender la mirada instrumental de la comunicación (que sigue predominando en el quehacer profesional pero también en la investigación académica del campo), pues busca comprender **la dimensión comunicacional del parto**. Esto implica poner la mirada en la construcción de las significaciones y sentidos en torno a los procesos de reproducción y en cómo estos significados inciden en las maneras en que socialmente se viven y se abordan dichos procesos. Esta perspectiva también permite abordar la dimensión constitutiva de la comunicación, esto es, de cómo estos significados proveen el tejido para la creación de colectivos, para la conformación de un movimiento social.

Finalmente, como explico en el siguiente apartado, esta investigación aborda el discurso de un movimiento social contestatario con las herramientas del análisis crítico del discurso (ACD en adelante). Esta elección teórico-metodológica constituye un desafío, pues el ACD ha sido mayoritariamente utilizado para estudiar los discursos *opresores*<sup>5</sup>, por lo que el trabajo podría contribuir en este subcampo de estudio tan poco explorado.

---

<sup>5</sup> Al momento no he hallado teoría sobre análisis del discurso contra-hegemónico. Un estudio de Larrinaga (2016) analiza el discurso contra-hegemónico en redes sociales del fenómeno de los escraches pero no establece categorías de análisis particulares atinentes al discurso contrahegemónico.

## **2. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

En este apartado haré primero un breve recorrido por algunos estudios que han abordado el parto como fenómeno sociocultural desde una perspectiva crítica marxista y/o feminista. Posteriormente, me detendré en aquellas investigaciones que abordan el parto desde la perspectiva de la comunicación y el discurso. Finalmente me concentraré en aquellos que además relacionan dicha perspectiva con los movimientos sociales. En tanto América Latina es una de las regiones del planeta donde este movimiento social ha cobrado mayor fuerza en los últimos tiempos y el estudio se centra en el movimiento social en Costa Rica, doy prioridad a las investigaciones realizadas en este subcontinente.

### **2.1. El parto: un fenómeno sociocultural atravesado por relaciones de poder**

De acuerdo con las investigaciones consultadas, buena parte de los estudios sobre el parto como fenómeno sociocultural en América Latina se han producido en el campo de la antropología social -antropología de la reproducción, antropología del cuerpo- (Sadler, 2016, 2003., Pozzio, 2013., Fornes, 2010., Tornquist y Lino, 2004) y tienden a utilizar métodos etnográficos para conocer la vivencia del embarazo y el parto desde las propias mujeres, aunque también aparecen estudios realizados desde otros campos como la sociología (Castrillo, 2016, 2015; Laako, 2015; Jerez, 2015), la filosofía y la bioética (Arguedas, 2014; Belli, 2013), las ciencias políticas (Laako, 2016), el derecho (Dezordi, Favarin y Nielsson, 2016) y de intersecciones entre estos campos y la comunicación (Hecker y Vasconcelos, 201; Calafell, 2016, 2015).

Para efectos de esta investigación, interesan aquellos estudios que buscan dar cuenta de las relaciones de poder y las jerarquías de género que se expresan en la atención del parto. En el material consultado, se observa una tendencia a analizar la relación entre la violencia obstétrica, el parto tecnocrático/medicalizado/institucionalizado y las jerarquías de género a partir del encuadre teórico foucaultiano sobre la biopolítica del cuerpo y el biopoder.

Dezordi, Favarin y Nielsson (2016) por ejemplo, afirman que la violencia obstétrica es consecuencia del proceso de excesiva medicalización del parto, que somete a la gestante a un proceso de absoluta invisibilización como consecuencia del saber-poder médico impuesto. Bellón (2015) también reflexiona sobre la violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica, y concluye que

el sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica (p.107).

Por su parte Arguedas (2014) hace un análisis feminista de la violencia obstétrica en Costa Rica y desarrolla, con base en los planteamientos de Foucault y la filosofía de la reproducción, la noción de poder obstétrico, que explica la violencia obstétrica como una manifestación de poder disciplinario.

Los estudios críticos más recientes se han producido sobre todo en todo en Brasil (Dezordi, Favarin, y Graciele, 2016; Gonçalves y Muniz da Costa, 2012) y Argentina (Calafell, 2015; Castrillo, 2016), aunque también se ha abordado el tema en Venezuela (Villegas, 2009), Cuba (García, 2013), Chile (Sadler, 2016), México (Pozzio, 2013) y Costa Rica (Arguedas, 2014; Barrantes y León, 2009). Algunos de estos estudios establecen una relación entre la variable de género y de clase (Jerez, 2014, 2015) y otros incorporan otras categorías de análisis como la migración (González y Moreno, 2014), pero todos comparten el interés por comprender las relaciones de género y de poder que atraviesan los procesos de reproducción.

## **2.2. Parto humanizado/respetado y discurso**

En tanto esta investigación busca comprender el fenómeno del parto humanizado/respetado a partir de las prácticas socio-discursivas del movimiento social, me interesan aquellos estudios que abordan el parto desde la perspectiva de la comunicación, es decir, de la relación entre el lenguaje y las construcciones de sentido, entre el discurso, los significados y los simbolismos que asignamos al parto. Algunas de las investigaciones encontradas analizan las relaciones de poder en torno al parto a través del discurso. Es decir, utilizan el discurso como herramienta

metodológica para el análisis. Mientras unas se concentran en el discurso médico (Erviti, 2010; Pozzio, 2013), otras hacen énfasis en el discurso del parto humanizado/respetado y su propuesta contracultural (Calafell, 2015; Hecker y Vasconcelos, 2017; Fornes, 2009; Jerez, 2015, entre otras).

Por su parte una investigación reciente de Perdomo-Rubio, Martínez-Silva, Lafaurie-Villamil, Cañón-Crespo y Rubio-León (2019) analiza los discursos sobre la violencia obstétrica presentes en la prensa de cinco países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, México y Venezuela). El trabajo interesa porque si bien se concentra en los discursos sobre la violencia obstétrica y no sobre el parto humanizado, permite conocer las discusiones que se están dando en torno al tema en el resto del continente, así como los actores sociales que en dichos debates participan.

### **2.2.1. Parto y discurso médico/hegemónico**

Estudios como los de Erviti (2010) y Pozzio (2013) se centran en el discurso médico para dar cuenta de la violencia obstétrica y de los procesos de resistencia, negociación y apertura que se establecen con el discurso del parto humanizado/respetado. Erviti (2010) explica la relación que existe entre “el orden social generizado” (p.119) y los discursos producidos por los profesionales médicos en el ámbito reproductivo. Según este trabajo, es en ese orden social donde dichos discursos se enmarcan y adquieren sentido, es decir, donde se establece una relación directa entre las relaciones de poder (médico-embarazada) y las relaciones de género (médico-varón, embarazada-mujer) que confluyen en la atención institucional del embarazo y el parto. Pozzio (2013) por su parte analiza las narrativas de los médicos alrededor de la implementación de un modelo intercultural de parto en México y concluye que en el fondo de los debates generados subyace una disputa por el poder de decidir sobre los cuerpos de las mujeres y que hay una amplia gama de posiciones entre los médicos, que va desde aquellas más abiertas y dispuestas a replantear los métodos de atención del parto hasta las más radicales que hacen una defensa “corporativa” de la cesárea y del poder médico.

### 2.2.2. Parto humanizado/respetado, discurso y movimiento social

Mientras los estudios descritos antes ponen el énfasis en el discurso hegemónico en torno al parto, otras investigaciones se interesan en el discurso del movimiento social, y para ello emplean metodologías como el análisis de materiales audiovisuales y contenidos de redes sociales. Calafell (2015) por ejemplo estudia los discursos de denuncia de la violencia obstétrica presentes en una serie de audiovisuales. La autora establece una relación “entre las mediaciones semióticas y los mundos naturalizados de los individuos” (p.332) en el ámbito de la vivencia y la atención del parto y argumenta que “el discurso que cuestiona las prácticas y usos del poder médico, presente en estos audiovisuales, contribuye a desnaturalizar la violencia obstétrica” (p.333). Por su parte Hecker y Vasconcelos (2017) analizan cómo las activistas del movimiento por el parto humanizado/respetado en Brasil utilizan la blogosfera para comunicar sus ideas y participar del espacio público. Las autoras estudian el blog “La científica que se volvió Madre”, primera plataforma brasileña de información sobre parto y maternidad producida exclusivamente por mujeres madres. La investigación concluye que “las herramientas de internet han permitido una movilización inédita por el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres en Brasil” (p.1. Traducción propia).

Otras autoras han entendido el *parto humanizado* como una categoría polisémica y han encontrado paradojas y contradicciones discursivas en el movimiento social que lo promueve (Castrillo, 2015; Fornes, 2009; Jerez, 2015). Fornes (2009) considera que este movimiento en Argentina constituye un espacio de negociaciones de sentido constantes y fluctuantes que conlleva tensiones sobre la feminidad, la maternidad y el ejercicio del derecho. También en una línea crítica Jerez (2015) concluye que si bien el constructo de *parto humanizado* genera “rupturas de sentido en la vida social” (p.114) y desnaturaliza ciertas prácticas médicas al convertirlas en problemas sociales, también una de sus vertientes podría reproducir el mandato de *devenir madre*, además *madre heterosexual* y *monogámica*, lo que limita la diversidad de formas de *ser mujeres*.

Por otro lado, Tornquist y Lino (2005) y Laako (2015) buscan comprender los movimientos de parteras, las primeras en el contexto brasileño y la segunda en México. El trabajo de Laako (2015) es particularmente sugerente por cuanto intenta

comprender el lugar que los planteamientos del movimiento de las parteras autónomas mexicanas ocupan en la agenda de los organismos de derechos humanos. La autora explica cómo la marginalización de la partera tradicional/empírica/indígena dentro del sistema biomédico también se expresa en las formulaciones de las políticas internacionales de desarrollo en el área de la salud materno-infantil y de derechos reproductivos. Concluye que, en su activismo político, las parteras no solo defienden su profesión, sino que terminan cuestionando los sistemas de conocimiento dominante sobre el parto y desafían el significado de los derechos reproductivos en Latinoamérica. En sus palabras, la partería “desafía al sistema biomédico y la academia” (p.189).

Finalmente una publicación española reciente (De Andrade, 2019) analiza el discurso sobre el parto de cuatro autoras feministas. El trabajo, que analiza la perspectiva que desde el feminismo de la segunda ola se tuvo del entonces emergente Movimiento por la Humanización del Parto, es sugerente por cuanto pone a dialogar la teoría feminista con el movimiento social. Si bien el estudio se concentra en analizar el discurso feminista radical sobre el parto natural, es decir, en cómo estas teóricas feministas “leyeron” los planteamientos del movimiento que promovía la humanización del parto, y no los planteamientos del movimiento en sí (que es lo que interesa en esta investigación), sí ofrece pistas que podrían explicar en parte los vínculos y las tensiones que en la actualidad existen entre el movimiento feminista y el movimiento que promueve el parto humanizado/respetado en el ámbito local. El trabajo de De Andrade (2019) también realiza un aporte puntual y es que explora y describe los orígenes del movimiento social internacional.

A partir del recorrido realizado por la literatura seleccionada, concluyo que si bien existe en América Latina una producción académica reciente (sobre todo de la última década) relativamente prolífera en torno a los procesos de reproducción y métodos de atención del parto, la mayoría de los estudios encontrados se concentran en la violencia obstétrica y las relaciones de poder y de género presentes en el funcionamiento del sistema biomédico. Aquellos estudios que sí ponen la atención en la propuesta del movimiento social, en el sujeto político y su discurso contra-hegemónico, tienden a ver y utilizar el discurso como una herramienta de análisis dentro del enfoque etnográfico, como un recurso para comprender el fenómeno social del parto humanizado/respetado. Esta observación es particularmente importante,

porque en esa perspectiva subyace la concepción de que el lenguaje representa la realidad, de que el discurso *transmite* información, ideas, percepciones, mientras que en este estudio el lenguaje es entendido como constitutivo, como *productor de realidad*.

### **3. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL**

Este estudio tiene un enfoque crítico y feminista, que permite considerar las relaciones de poder y de género que subyacen las tensiones sociales en torno al parto. Está atravesado por la mirada foucaultiana sobre el poder y el cuerpo, y enmarcado por el ACD para abordar la dimensión simbólica/discursiva del fenómeno. Considera la teoría sobre los nuevos movimientos sociales y está influenciado por algunas de las reflexiones de la teoría decolonial y las epistemologías del Sur.

A partir de ese marco, presumo que, si bien el parto es un acto fisiológico y común, los métodos y condiciones en que las mujeres dan a luz, así como los significados que asignamos a ese proceso, son una construcción social, histórica y simbólica. En ese sentido, “la manera en que se desarrollan los partos dan cuenta de cómo se socializan y se reproducen los modelos culturales y las estructuras de poder” (Jerez, 2014, p.5).

En este apartado primero describo y diferencio conceptualmente el parto humanizado/respetado del parto tecnocrático, así como la noción de violencia obstétrica que emerge de la tensión existente entre los dos modelos de parto. Posteriormente establezco la base teórico-conceptual de la relación entre parto, poder, saber y cuerpo. Luego defino los conceptos de movimiento social como sujeto político, discurso y constructo discursivo, y su relación con el poder y la hegemonía, y finalmente explico las categorías del ACD, así como el encuadre del análisis feminista del discurso, que establecen el rumbo teórico-metodológico de esta investigación.

#### **3.1. Parto tecnocrático y parto humanizado/respetado**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el parto natural es la forma de alumbramiento más segura para la madre y el bebé, y en ese sentido dicta una lista de recomendaciones a los sistemas de salud de los países, entre ellas que durante el parto a las mujeres se les aseguren condiciones de comodidad, privacidad y un ambiente confortable, que se debe mantener la integridad de las membranas, evitar la episiotomía, respetar el ritmo de parto de la mujer, animar a la mujer a que encuentre la posición que le resulte más cómoda, no obligar a la mujer a pujar si no

está lista y permitir el acompañamiento permanente de la pareja o familiar (OMS, 2015). Siguiendo a Jerez (2015), el parto humanizado/respetado puede entenderse como aquel en el que

las mujeres efectúan un empoderamiento de sus propios cuerpos, es decir, donde pueden ser conscientes de su protagonismo al momento de parir, elegir a la/os acompañantes, ser ayudadas por parteras, parir sin demasiadas (o nulas) intervenciones médicas y experimentar espacios donde poder expresar deseos, angustias y sentimientos (Jerez, 2015, p.5).

El parto humanizado/respetado puede así tener lugar en el ámbito hospitalario, en el ámbito doméstico o en otros espacios aptos para la atención del parto, por lo que no es sinónimo de parto en casa, parto en agua u otras formas particulares de dar a luz. La OMS (2018) reconoce que “en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso” y que “esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto” (p.1). Es lo que se conoce como *parto medicalizado*, o en palabras de Davis-Floyd (2001) *parto tecnocrático*.

Según esta autora, el modelo de parto tecnocrático implica una serie de prácticas obstétricas basadas en la idea del embarazo-parto como una patología y como un riesgo, el cuerpo como una máquina y el hospital como una fábrica donde se elabora el producto (el bebé). La mujer que pare es abordada como objeto y por ende se utiliza un lenguaje impersonal en relación con ella y con su bebé. Además se otorga a la tecnología un lugar central: las máquinas son las que determinan cuál es la información necesaria y precisa en relación con el parto. Davis-Floyd (2001) explica que esta dinámica responde a un esquema orientado hacia el uso de la ciencia y la alta tecnología para el beneficio económico y sustentado en instituciones patriarcales.

Bellón (2015) plantea que estas dos perspectivas, “una defendida por el modelo biomédico hegemónico, y la otra por un grupo alternativo de profesionales y activistas, reflejan visiones encontradas acerca de qué es un parto y qué factores son importantes para que este sea exitoso” (p.107). En ese sentido, “el concepto de ‘violencia obstétrica’ y su crítica al modelo de asistencia obstétrica predominante van acompañadas de las tensiones que estas dos visiones sobre el parto conllevan.

Autores como Sadler (2016), Dezordi et al. (2016), Belli (2013), Jerez (2014) y Gonçalves et al. (2012) sostienen también que el parto tecnocrático y/o parto medicalizado propicia la violencia obstétrica, entendida como aquella “ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres” y que se expresa “en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto” (Belli, 2013, p.27).

En ese encuadre, tal y como explica Laako (2016), los movimientos sociales de parteras o que promueven la humanización del parto no solo desafían “la visión clínica dominante de los derechos reproductivos al argumentar que el sistema biomédico no garantiza necesaria ni francamente los derechos reproductivos de las mujeres”, sino que exponen “las formas en que el sistema biomédico puede producir violencia obstétrica” (p.187).

### **3.2. Poder, saber y cuerpo**

En esta investigación concibo el parto como un constructo sociocultural, atravesado por relaciones de poder y el cuerpo de las mujeres que paren como un territorio biopolítico en disputa. Para ello, recurro al engranaje teórico de Foucault sobre el poder y su relación con el saber y el cuerpo.

Para Foucault (1976, 1977, 1979), el poder no es algo que ostenta un grupo dominante por sobre otros grupos, ni tiene un funcionamiento lineal de arriba hacia abajo, sino que constituye más bien una suerte de estrategia que atraviesa toda la vida social, las prácticas sociales cotidianas. El poder no se posee, sino que se ejerce, y no solo oprime, sino que también produce. Para funcionar, el poder produce prácticas e instituciones, produce saberes para legitimarse, produce discursos. Y también produce cuerpos. En efecto, “nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio del poder”, y por eso “el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo” (Foucault, 1979, p.105). Esto significa que el cuerpo está sometido a la fuerza normalizadora del poder, que el control social se ejerce en el cuerpo, sobre el

cuerpo, a través del cuerpo. Pero de manera dinámica, el cuerpo es también productor de resistencia al poder.

En este sentido, entiendo el cuerpo, y particularmente el cuerpo reproductivo, como una unidad biosocial, como un dispositivo vivo en el que se entrelazan procesos fisiológicos y simbólicos, pues no solo tiene la capacidad de reproducirse biológicamente, sino que produce y reproduce significados (Aguado, 2004).

Para operar, el poder también requiere de mecanismos sutiles y efectivos, y para ello organiza y pone a circular “aparatos de saber” (Foucault, 1979, p.147). El control sobre los cuerpos se ejerce entonces a través de disciplinas como la medicina, que establecen y perpetúan un conjunto de saberes e implementan una serie de prácticas institucionalizadas y legitimadas socialmente. Para este autor “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1977, p.5). En concordancia, Sadler (2003) sostiene que “la medicina moderna, lejos de ser el fruto de la terapéutica individual o de la relación clínica, se desarrolla como una práctica social cuyo objeto es el control del cuerpo del individuo” (p.8).

La teoría feminista incorpora otra dimensión a este abordaje de la relación entre poder, saber y cuerpo, que permite comprender cómo las formas en que el poder se infiltra, se produce y se expresa en los cuerpos, están atravesadas además por las relaciones de género. Recuperando a Foucault (1976) y a Sadler (2001), Fornes (2009) plantea que leer el cuerpo femenino y específicamente el cuerpo de las mujeres que paren como una realidad biopolítica implica comprender que el sistema biomédico ha perpetuado un proceso de patologización del cuerpo que “legitima la intervención y el control médicos quitando de la esfera de la experiencia subjetiva de la mujer la posibilidad de protagonizar el nacimiento de su hijo” (p.6). Para esta autora, la medicina *des-sensibiliza* y *descorporiza* a la mujer en el proceso de parto como forma de control social, y puede hacerlo porque en el orden social establecido el conocimiento médico-tecnológico ocupa un lugar de privilegio y legitimidad.

En esta línea, aplicando el concepto de poder disciplinario de Foucault al ámbito de la práctica obstétrica, Arguedas (2014) propone la noción de poder obstétrico, como “una forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres” y que por lo tanto se ejerce en “los cuerpos que pueden embarazarse y parir” (p.156). La autora establece que los cuerpos de las

mujeres embarazadas son “leídos” socioculturalmente primero como cuerpos patologizados, vulnerables, enfermos, que requieren de la intervención médica para su recuperación, pero también como cuerpos sexuados, intersectados por una jerarquía de género, que ubica a las mujeres que paren en una condición de subordinación y convierte sus cuerpos en una suerte de territorio político en disputa.

Así, en los procesos de reproducción se hace explícita esta batalla por el control del cuerpo: el cuerpo de las mujeres, de las mujeres que paren. En esta misma línea Bellón (2015) considera que las tensiones en torno al parto “son fruto de una intersección de relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto” (p.95). Por su parte Erviti (2010) apunta que las nociones profesionales de los médicos sobre los cuerpos, femeninos y masculinos y sobre la sexualidad, la reproducción y la sexualidad están relacionadas con construcciones sociales, políticas y culturales más que propiamente biológicas, y que estas nociones están presentes tanto en los discursos como en las interacciones que tienen lugar en los servicios de salud reproductiva.

Ahora bien, cuando las mujeres cuestionan ese poder disciplinario y hegemónico de la práctica médica, específicamente en el ámbito del parto, y deciden no someterse a las rutinas hospitalarias, experimentan un proceso de empoderamiento que “pone en cuestión representaciones y prácticas cristalizadas por la costumbre y legitimadas por el saber-poder médico vigente” (Fornes, 2009, p.6). Este cuestionamiento puede significar la elección de parteras y doulas que acompañan el parto. En el caso de Costa Rica, se practica tanto la partería profesional (aquella ejercida por parteras graduadas de enfermería obstétrica por universidades costarricenses o especializadas en partería en otros países donde existe la profesión), como la partería tradicional (ejercida por parteras empíricas). Pero esta puesta en cuestión a la medicina obstétrica convencional tiene su contraparte: la desautorización que el sistema biomédico institucionalizado hace de los saberes obstétricos de las parteras. La partería empírica o matronería tradicional, y otras “formas no-occidentales de atender el parto” (Bellón, 2015, p.104), están excluidas del esquema de atención del parto en Costa Rica. El modelo también excluye a las parteras profesionales.

Al respecto de Sousa (2006) plantea que en la vida social existe un conjunto de monoculturas que produce ausencias, entre ellas la monocultura del saber único y universalizado, que deja por fuera conocimientos, saberes y formas de organización y vida comunitaria de grupos sociales y comunidades.

Esta investigación aborda los conocimientos y prácticas obstétricas de las parteras y doulas que integran el MCPH/R desde esta perspectiva, es decir, entendiéndolos como saberes invisibilizados, no reconocidos, no autorizados, enunciados desde un lugar no legitimado socialmente.

### **3.3. Movimiento social, sujeto político**

A fines de los años ochenta surgieron nuevas reconceptualizaciones de los movimientos sociales que buscaban superar el análisis sociológico centrado en las ideologías como la base de las movilizaciones. De estas formulaciones surgieron básicamente dos paradigmas: la teoría de la movilización de recursos, de origen norteamericano, que supone que las personas se agrupan alrededor de un *por* y un *para qué*, y la teoría de los nuevos movimientos sociales (NMS en adelante), de origen europeo, que sostiene que las y los activistas se agrupan alrededor de un *cómo* (Biglia, 2005).

Esta investigación se identifica con este segundo paradigma, que pone el énfasis en la cuestión identitaria, esto es, en los propósitos e intereses comunes que agrupan a las personas y les motivan a alcanzar sus objetivos. Estos procesos de construcción identitaria son entendidos como medios a través de los cuales los actores luchan para crear espacios democráticos y acciones autónomas (Parra, 2005). En ese sentido, entiendo al movimiento social como un actor social, constituido por colectivos de personas con el objetivo común de transformar uno o varios aspectos del entorno o la estructura social de la que forman parte.

Los NMS son entonces colectivos humanos que sostienen dinámicas organizativas que les permitan participar en la esfera pública e incidir en los ámbitos de lo político, lo institucional, lo moral y/o lo cultural. Sus motivaciones tienden a concentrarse más en los valores que en los intereses, “sus objetivos son más universalistas (obtención de bienes colectivos) que particularistas (apropiación de

bienes privados)” y privilegian la autonomía y la descentralización por sobre “la jerarquía, el control, la dependencia, la burocratización y el centralismo” (Jiménez, 2006, p.22).

Un movimiento social es entonces más que un conjunto de acciones colectivas y más que una suma de individualidades<sup>6</sup>: constituye un sujeto político con proyecto social-cultural, que “auto-produce su historicidad, su conocimiento y que está buscando construir un lugar de enunciación propio” (Flórez-Flórez, 2007, p.263). Esta perspectiva, que se origina en los planteamientos de la teoría decolonial y la teoría feminista, tiene implicaciones epistemológicas y metodológicas concretas, pues invita a abordar al movimiento social no como objeto de estudio o fenómeno “sin rostro”, sino como sujeto político, como un actor socio-político con identidad propia, a la vez constituido por sujetos/subjetividades, que se sitúa en un espacio-tiempo y por ende se posiciona y se construye desde un lugar epistémico concreto. Implica además concebir al sujeto “mujeres” como sujeto de enunciación.

Además, los movimientos sociales forman parte de dinámicas en las que se ven en diálogo y confrontación constante con el Estado, el mercado y otros actores sociales (como los partidos políticos, por ejemplo). En este sentido, de la Garza (2011) propone que para entender los movimientos sociales en América Latina, en tanto fenómeno complejo y en constante transformación, hay que reconocerlos “como agentes que coadyuvan a la profundización de la democracia, como un fenómeno consustancial de las sociedades modernas y que además, abren espacios de participación indispensables en situaciones críticas” (p.137).

---

<sup>6</sup> Según Bauman (2003), el individualismo es un elemento constitutivo de la modernidad, que ha ido de la mano de una pérdida del sentido de comunidad, lo cual produce inseguridad, incertidumbre, miedo y angustia en el individuo, quien tiene que “arreglárselas” por sí solo frente al mundo. Han (2014) coincide: “lo que caracteriza la actual constitución social no es la multitud, sino más bien la soledad” (p.31). Es aquí donde los NMS pueden significar ese espacio de encuentro, de comunidad, de identidad colectiva, de un *nosotros* que le da sentido no solo a las banderas que en grupo se levantan, sino a la existencia misma de los sujetos que los conforman.

### 3.4. Discurso, poder y hegemonía: el Análisis Crítico del Discurso

Este estudio aborda el discurso más allá de su dimensión lingüística, para considerar también su dimensión simbólica y sociocultural. Presumo que existe una relación entre las estructuras textuales y las estructuras socioculturales (Fairclough, 2003). El discurso cobra vida en prácticas sociales concretas, y en su producción interactúan la cultura, el género, la clase, la etnicidad, el contexto, las estructuras, las normas, las instituciones, los sujetos que lo construyen y muchos otros factores (van Dijk, 2009; Fairclough, 2003).

De ahí que para analizar el discurso del MCPH/R, utilizo algunas herramientas teórico-metodológicas del ACD, ya que según Fairclough (2003), este encuadre permite, a partir del análisis lingüístico y semiótico, analizar el lenguaje en interacción (análisis interaccional), así como el orden del discurso, es decir, las relaciones de dominio y hegemonía que se expresan y reproducen en el discurso (análisis estructural).

Desde esta perspectiva, el discurso es una práctica social, por tres razones fundamentales: es una herramienta dentro de un campo de acción específico, es la base para la creación y transmisión de representaciones sociales sobre fenómenos de la vida social, y participa en la conformación de identidades, tanto individuales como colectivas, al tiempo que refleja y retroalimenta el contexto socio-histórico particular (Fairclough, 2003).

Y en tanto práctica social, el discurso se encuentra en permanente construcción. El discurso no *es*, sino que *está siendo, se está haciendo*. El discurso del MCPH/R cobra vida en prácticas culturales concretas con efectos sociales y políticos. El parto humanizado/respetado es, pues, una práctica-discurso, un discurso vivo. Ahora bien, en la construcción del discurso del parto humanizado/respetado, al igual que sucede con otros discursos, participan a su vez lo que llamo “constructos discursivos”<sup>7</sup>, es decir, términos que portan una carga semántica determinada por dinámicas sociales y culturales y que por tanto también son conceptos dinámicos, en permanente construcción. Así, términos como *maternidad*, *parto* o *mujer* están asociados a ideas y representaciones que podrían estarse “reconstruyendo”,

---

<sup>7</sup> En algunos momentos utilizo el término “constructo” como sinónimo.

“resemantizando”, adquiriendo nuevos significados en el contexto particular de la sociedad costarricense, a partir del discurso del MCPH/R.

En ese sentido, considerar el contexto es fundamental a la hora de analizar los discursos. Según van Dijk (2011), los contextos “influyen en la producción e interpretación del discurso” (p.371). Estos “no son dimensiones “objetivas”, de las situaciones sociales –como el género, la edad o la clase social- que causan o determinan las propiedades del discurso, sino *definiciones subjetivas* que realizan los participantes acerca de las dimensiones realmente relevantes de estas situaciones” (p.370). Existe así una naturaleza subjetiva, situacional y dinámica de los contextos, es decir, “funcionan como la necesaria interfaz entre la estructura social y la agencia” (p.373).

Para este autor, si bien los modelos sociales de contexto son únicos, se basan en “representaciones sociales compartidas (conocimientos, creencias, ideologías, normas o valores, según la comunidad comunicativa)” (van Dijk, 2011p. 373). Así que los discursos que se producen en una sociedad no son simples representaciones de una realidad *objetiva*, sino que portan significados, están cargados de sentidos. Los actores sociales que producen esos discursos tienen ideas preconcebidas acerca de cómo debe funcionar la vida social. Por lo tanto, los discursos reflejan las tensiones y conflictos que existen en una comunidad humana.

Por otro lado, desde la perspectiva del ACD existe una relación estrecha entre el discurso y el poder, es decir, entre la producción y circulación de discursos y las relaciones de poder que se establecen en una sociedad. Los distintos actores sociales tienen un acceso desigual al control de la producción, distribución y consumo de los discursos y participan también de manera inequitativa de los eventos comunicativos (Fairclough, 1995). Existen grupos dominantes (élites simbólicas, económicas, políticas) que cuentan con más recursos y posibilidades para elaborar estrategias de control de los discursos (van Dijk, 2009). Hacer ACD consiste precisamente en analizar cómo la inequidad social se constituye, se expresa, se reproduce y se legitima en el lenguaje (van Dijk, 2009; Blackledge, 2005).

En esta línea, el concepto de “hegemonía” es funcional en el análisis estructural del discurso (Fairclough (2003) el cual entiendo como el espacio donde confluyen poder, lenguaje, ideología y cultura en un contexto particular (Hall, 2010). Para este

autor, la hegemonía es una metáfora que permite dimensionar las tensiones desde una perspectiva histórica, lo que implica que la dominación se asegura no a través de la coacción ideológica, sino por liderazgo cultural.

Y en esa disputa por el liderazgo cultural y simbólico se expresa en una constante pugna por el sentido, en la que no todos los discursos portan la misma legitimidad. “Hay lugares autorizados de producción y lugares no-autorizados o menos autorizados o lugares de desafío de la autoridad” (Sánchez, 1999, p.166). En esta dirección, concibo el discurso hegemónico como aquel que, inmerso en tensiones y luchas de poder, logra prevalecer como corriente predominante (Hall, 2010), el discurso contra-hegemónico como aquel que si bien ocupa un lugar de subalternidad con respecto al discurso dominante, participa en esa pugna por el sentido como discurso disruptivo. Esto significa que el discurso contra-hegemónico es entendido acá como aquel donde “la enunciación constituye el producto de la resistencia, la polémica y la autoafirmación” (Pujal y Pujol, 1995, p.181).

Antes de continuar, debo apuntar que el ACD suele concentrarse en el discurso dominante o hegemónico, al que pretende develar. El presente trabajo, al ubicar su foco de atención en el discurso subalterno y disruptivo de un movimiento social contrahegemónico, podría estar haciendo un aporte metodológico-analítico para el abordaje de discursos emancipatorios, ya que no solo hubo que adaptar ciertas categorías de análisis sino incluso construir algunas nuevas.

Para determinar cuál es el discurso del MCPH/R, recorro al concepto de **macroestructura semántica del discurso**, propuesto por van Dijk (2009), que hace referencia al conjunto de temas centrales que componen el discurso y le otorgan coherencia semántica (es decir, que le dan sentido a ese discurso a través de un conjunto de significados). El autor aclara que estos tópicos no necesariamente aparecen de manera explícita en el texto, sino que la investigadora debe derivarlos a partir de los enunciados. Simplificando y aplicando esta categoría al tema que analizo, la macroestructura semántica responde a la pregunta: ¿de qué habla el MCPH/R?

Ahora bien, esos temas del discurso se *realizan* o expresan a través de un recurso discursivo que se despliega a través de varios mecanismos. Uno de ellos son las **estrategias discursivas**, que entenderé, con base en Reisigl y Wodak (2001), como formas sintácticas ideológicas, es decir, como significados articulados en oraciones dentro de un texto y que sirven para legitimar o deslegitimar acciones,

prácticas sociales, eventos o actores sociales. A través de las estrategias discursiva quien enuncia el discurso busca alcanzar un objetivo, ya sea psicológico, ya sea político, ya sea social.

Existen varios tipos de estrategias discursivas. En esta investigación analizaré las siguientes, con base sobre todo en la distinción establecida por Reisigl y Wodak (2001) y retomada posteriormente por Wodak (2003) y por Blackledge (2005):

- Referenciales y nominativas: son formas sintácticas que se utilizan para nombrar, designar, referenciar a las personas y las entidades en el discurso. Desde el punto de vista lingüístico, responden a la pregunta: “¿de qué modo se nombra a las personas y de qué modo se hace referencia a ellas?” (Wodak, 2003, p.113). En este estudio, me interesa detectar cómo es referenciada *la mujer* o *las mujeres* en el discurso del MCPH/R, así como otros actores sociales vinculados con el parto, ya sea medicalizado (médico, enfermera), como humanizado/respetado (partera, doula).

- Predicativas: son formas lingüísticas a través de las cuales se asignan cualidades específicas a las personas, objetos, acciones, eventos o fenómenos sociales, y no siempre se expresan explícitamente, sino mediante figuras retóricas (como la metáfora, la metonimia o la sinécdoque), de predicados imprecisos o implícitos, de alusiones e insinuaciones (Blackledge, 2005). En este punto me pregunto: ¿cuáles rasgos, características, cualidades y particularidades (Wodak, 2003) se le atribuyen a las prácticas, métodos, procesos, actividades, eventos, situaciones en torno al parto en el discurso del MCPH/R?

- Argumentativas: esta estrategia corresponde a formas lingüísticas que expresan argumentos racionales o de sentido común para otorgar elocuencia y credibilidad al discurso. Tienen como objetivo la “justificación de las atribuciones positivas o negativas” (Wodak, 2003, p.114) que se asignan a las personas, lugares, fenómenos, eventos, procesos o situaciones. En el caso que me ocupa, son detectables al responder a la pregunta: ¿por medio de cuáles argumentos se trata de (in)justificar o (des)legitimar un tipo, método o práctica social relacionada con el parto?

En este sentido, es común que las estrategias argumentativas se manifiesten a través de los *topoi*, que son enunciados argumentativos que expresan creencias socialmente compartidas y aceptadas (van Dijk, 2000) y que reproducen y afirman representaciones sociales. Wodak (2003), enumera varios tipos de *topoi*. Acá

interesan: el *topos* de utilidad y ventajas, el de peligro y amenaza, el de realidad, el de legalidad y derechos, el de abuso y el de responsabilidad.

- De intensificación o mitigación: son los distintos puntos de graduación, ya sea de aumento o atenuación que se emplean para presentar el enunciado. Tienen como objetivo la “modificación de la posición epistémica de una proposición” (Wodak, 2003, p.114) y por tanto sirven para reforzar las estrategias argumentativas y predicativas. En el caso del discurso del MCPH/R, me concentraré en la implementación de la estrategia de intensificación en tanto es la más recurrente.

- Retóricas: son estrategias discursivas que se basan en el uso de dispositivos retóricos o tropos (Tristán, 20) como la metáfora, la metonimia, la hipérbole, la sinécdoque, el eufemismo y otras. Los tropos son figuras literarias en las que se usan palabras no en su sentido literal sino otorgándole un significado figurado o distinto del habitual, que puede ser comprendido por quien recibe el mensaje. Estas figuras retóricas muchas veces aparecen en el texto en función de las otras estrategias discursivas.

- De resemantización: entenderé la *resemantización* como el proceso léxico-semántico a través del cual se asigna un nuevo o nuevos significados a un concepto preexistente.

Otra de las categorías utilizadas en esta investigación es la de las **marcas de modalidad**, entendiendo la *modalidad* como una categoría semántica que da cuenta de la perspectiva desde donde el emisor enmarca su discurso (Kaplan, 2007) y que por lo tanto tiene que ver con criterios subjetivos: actitudes, opiniones y puntos de vista (Richardson, 2007).

Las principales marcas de modalidad son, según Bybee y Fleischman (1995):

- Modalidad epistémica: el discurso se emite desde un lugar de saber, de certeza, el emisor expresa confianza en la verdad de su enunciado.

- Modalidad axiológica: el emisor define cómo se debe actuar frente a una situación, de acuerdo con su escala de valores.

- Modalidad deóntica: en el discurso se establece la obligatoriedad de que se dé el contenido del enunciado, es decir, es “lo que tiene que ser”.

En el caso del discurso del MCPH/R, se trata de determinar si los colectivos que promueven el parto humanizado/respetado emiten su discurso desde una posición

de propuesta o sugerencia, de juicio de valor, de conocimiento autorizado, de obligatoriedad.

Finalmente, en el marco del ACD, analizaré las **estrategias de transitividad y de representación** presentes en el discurso del MCPH/R, es decir, quiénes llevan a cabo las acciones dentro del discurso (los individuos, los colectivos, las instituciones, los actores sociales o políticos), los roles sociales que estos actores asumen y las relaciones entre ellos. Los actores pueden ser agentes o pacientes, según el lugar que ocupan en la acción: si la ejecutan o si la reciben (Richardson, 2007). Para identificar los actores y sus roles, primero se reconoce la acción ejecutada, luego de qué manera esa acción es representada en el texto, después quién o quiénes las ejecutan (*agente*) y quién o quienes reciben los efectos de esas acciones (*paciente*, y dependiendo de la acción, si es beneficiario o víctima) (Mills, 1993, Tristán, 2015).

Detectar estas estrategias de representación y transitividad resulta útil por cuanto, de acuerdo con el ACD, la forma en que los actores son representados en el discurso y el rol que estos asumen puede ser el resultado de elecciones de naturaleza ideológica de parte de quien emite el mensaje (Simpson, 1993). Además, debe tomarse en cuenta que esos actores no siempre están presentes de manera explícita dentro del discurso, y en ese sentido, la inclusión o exclusión de actores puede reflejar también cuestiones ideológicas.

En esta investigación interesa determinar los principales actores sociales e institucionales relacionados con la atención del parto y el rol que ocupan *en* y *durante* dicha atención: el médico, la mujer embarazada, la enfermera, la partera y la doula, los colectivos de mujeres promotoras del parto humanizado/respetado, la CCSS (el hospital), el Colegio de Médicos y el Colegio de Enfermeras en el discurso del MCPH/R, así como las relaciones de poder y jerarquías de género que se establecen entre estos actores.

### 3.5. El análisis crítico feminista del discurso

Una vez descritas las categorías del ACD que utilizaré en esta investigación, procedo a delinear la perspectiva feminista que consideraré en el análisis. En este sentido, existen varias corrientes teóricas que integran el ACD con la perspectiva feminista. Al respecto, Franulic (2015) señala que tanto el *análisis feminista crítico del discurso* (AFCD) como el *análisis feminista postestructuralista del discurso* (AFPD) comparten un punto de partida equivocado, y es que al sustentarse el primero en los postulados del feminismo de la igualdad y el segundo en el feminismo postmoderno - cuya noción de base es la de género- siguen reproduciendo el binomio masculino/femenino.

Para esta autora es innegable que tanto el postmarxismo como el postmodernismo, que sustentan el AFCD y el AFPD respectivamente, “son teorías filosóficas producidas por hombres que trabajan el problema de las mujeres de manera secundaria y subsidiaria de otros focos de atención” (Franulic, 2015, p.16), y asegura que “mientras las mujeres permanezcan interpretando el mundo e interpretándose a sí mismas desde las coordenadas del orden simbólico patriarcal, no podrán escapar de su propia negación como personas ni de ejercer el rol de ser un complemento de los hombres” (p.20).

Frente a esto, Franulic plantea la necesidad de comenzar a esbozar “un nuevo análisis feminista del discurso, cuya noción de base sea la diferencia sexual y cuyos fundamentos epistemológicos provengan de la teoría del feminismo radical de la diferencia” (Franulic, 2015, p.20). Desde su perspectiva, el feminismo radical de la diferencia no pretende reivindicaciones para las mujeres dentro de la cultura patriarcal, sino justamente **crear un nuevo orden simbólico**, y ese nuevo orden simbólico se construye y manifiesta en el lenguaje. En este sentido, un análisis feminista del discurso no puede limitarse a develar prácticas sociales y discursivas sexistas, sino que debe dar cuenta de los procesos de construcción de nuevos lenguajes que recuperan las percepciones de mundo y las experiencias de vida de las mujeres.

Y en ese sentido, como ya proponía Violi (1991), este análisis no puede limitarse al enunciado, sino que debe considerar, de manera central, la enunciación, y con ella, al sujeto que enuncia. Esto significa que el discurso no puede ser analizado escindido del sujeto que lo produce y lo emite. Es un sujeto concreto, situado, corporizado.

Tomando en cuenta que este nuevo análisis feminista crítico del discurso desde la diferencia sexual se encuentra en ciernes, y por tanto no cuenta con categorías de análisis estables, en esta investigación asumo el desafío espetado por Franulic y Violi, pero considerando (y en eso tomo distancia de su planteamiento), algunas de las categorías analíticas que desde el postmarxismo y el posestructuralismo resultan útiles para comprender la relación poder-saber-cuerpo, tal como expuse arriba.

A continuación explico la ruta metodológica que me permitirá entonces analizar desde una perspectiva crítica feminista el discurso del parto humanizado/respetado, cuyo sujeto de enunciación son las mujeres que integran el MCPH/R, dando énfasis al discurso que este sujeto enuncia y pone en circulación en torno a los procesos reproductivos de las mujeres y su relación con el poder, el saber y el cuerpo.

## 4. MARCO METODOLOGICO

Con base en lo anterior, propongo desarrollar esta investigación a la luz del feminismo de la diferencia sexual (Lugones, 2015) y de la pedagogía popular feminista (Korol, 2008), que plantea la importancia de dilucidar quiénes construyen determinados conocimientos y lenguajes, cómo lo hacen y a partir de cuáles puntos de partida. Este abordaje implica que la voz del movimiento social es protagónica, y su recuperación es la razón de ser de este estudio de carácter cualitativo, y de cada una de las técnicas de recolección y análisis de los datos, detalladas a continuación.

### 4.1. Técnicas de recolección de los datos

Para realizar la investigación recogí dos tipos de datos. Por un lado *datos observacionales*, que son aquellos donde no hice intervención alguna: publicaciones en redes sociales del MCPH/R, documentos sitios web y otras fuentes secundarias y charlas de la Feria de Parto Respetado; y por otro lado, *datos prospectivos*, cuya recolección sí exigió alguna participación directa de mi parte: entrevistas a profundidad y entrevistas semiestructuradas.

#### a. Recuperación de publicaciones en Facebook:

En el marco teórico planteaba que para dar cuenta del discurso del MCPH/R (objetivo 2), debía poner la atención en el discurso en interacción, es decir, aquel que se produce cuando las prácticas sociales, los acontecimientos están teniendo lugar (Fairclough, 2003). Por eso exploré tres perfiles de Facebook (FB en adelante) de colectivos que promueven el parto humanizado/respetado en Costa Rica: Asociación Mamasol (en FB: MAMASOL Costa Rica); Anidar -Centro de atención para la familia gestante (en FB: Anidar) y Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (en FB: Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica). El estudio se concentra en las *fanpages* en FB ya que es ésta la red social que utilizan estos colectivos para comunicarse, y no otras.

La Asociación Mamasol existe desde los orígenes del movimiento y ha perdurado en el tiempo. Fue constituida en el año 2000 bajo el nombre de Asociación Primal (mamasol, s.f.). Además, Mamasol no solo promueve el derecho al parto

humanizado/respetado sino que atiende partos humanizados/respetados, ofrece talleres de formación de doulas y de preparación del parto y realiza una serie de actividades diversas, como se detalla en el capítulo 5. Anidar es otra de las organizaciones más activas del movimiento social, que además coordina la organización de la Feria de Parto Respetado, ofrece cursos de preparación del parto y atiende partos extra-hospitalarios. Por su parte Embarazo y Nacimiento Sagrado es una página administrada por una de las doulas gestora de un proyecto que brinda apoyo a mujeres durante la pre-labor de parto.

De estas tres páginas de FB seleccioné 46 publicaciones, emitidas en el período comprendido entre enero de 2015 y julio 2018, aplicando el principio de saturación. En tanto el análisis crítico feminista del discurso del MCPH/R se centrará en el lenguaje textual y no en el visual, establecí otros criterios de selección y pertinencia:

-Se eligieron publicaciones que contuvieran solo texto, o texto e imagen, o solo imagen siempre y cuando la imagen incluyera texto. Descarté las publicaciones que solamente mostraban una ilustración o una fotografía, es decir, que no contenían texto.

-Se incluyeron publicaciones que a su vez compartían publicaciones de terceros (links), siempre y cuando quedara clara la posición del emisor con respecto a ese material compartido. En ese sentido, era indispensable que el vínculo o link compartido estuviera antecedido por un comentario. Para determinar qué sección del texto compartido analizaría, tomé en cuenta solamente el texto que aparecía directamente en el muro, sin abrir la publicación compartida. He aquí un ejemplo:



Figura 1. Publicación en FB de Anidar (2016, agosto 22).

Ahora bien, en el capítulo 6 (donde analizo el discurso del MCPH/R), los textos presentes en los links no fueron sometidos al análisis de las estrategias discursivas, las marcas de modalidad ni las estrategias de transitividad, ya que no son textos elaborados directamente por los colectivos que integran el MCPH/R y por tanto no reflejan o representan, en un sentido estricto, *su* discurso.

-Se tomaron en cuenta publicaciones que incluían textos en inglés, en vista de que hay alguna recurrencia de éstas en las redes sociales del MCPH/R. Como se verá en el capítulo 5, el uso de este idioma tiene que ver con la caracterización del movimiento social.

#### **b. Observación no participante:**

La VI Feria del Parto Respetado tuvo lugar el domingo 27 de mayo de 2018. Esta es una actividad anual que el MCPH/R realiza en el marco de la Semana Mundial del Parto Respetado, y en ella participan varios colectivos, bajo la coordinación general de la Asociación Anidar. En tanto esta feria constituye un espacio de encuentro, de acción colectiva, de interacción, la observación de este evento me permitió recoger datos para la descripción y el análisis del MCPH/R (capítulo 5), así como recoger reflexiones de las charlas impartidas durante la actividad.

#### **c. Entrevistas en profundidad:**

Con el propósito de caracterizar al MCPH/R en tanto sujeto que enuncia, es decir, responder al primer objetivo de investigación, así como de recoger insumos para complementar el análisis del discurso del movimiento (objetivo 2), realicé entrevistas en profundidad con las siguientes informantes:

- Rebecca Turecky, enfermera obstetra, partera profesional y fundadora de la Asociación Mamasol. Master en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica. También realizó Estudios de la Mujer. Tiene 20 años trabajando en el campo de Salud de la Mujer, en EEUU, Europa, África, y Costa Rica.

- Natalia Del Valle Carro, antropóloga, doula, instructora de yoga, estudiante de enfermería, vinculada con la organización Anidar. Ha convivido con parteras empíricas centroamericanas y atiende partos respetados.

- Yaliam González Calero, doula y médica general. Fue víctima de violencia obstétrica y esa experiencia la motivó a acercarse al modelo de parto humanizado/respetado. Tuvo su segundo hijo en un parto domiciliario. Fue la protagonista del reportaje realizado por el periódico La Nación: “Moda de partos caseros se extiende sin controles” (Ávalos, 2016c). El enfoque que el medio dio al tema provocó una controversia en la que Yaliam estuvo en el foco público.

- Rahel Pacheco Mafla, doula, profesora de yoga y psicóloga, acompañante prenatal de un programa piloto en el Hospital México, administradora de la página de FB Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica.

- Marie Tyndall, enfermera, partera y antropóloga cultural con estudios de género. Trabajó varios años en el Hospital en Toronto, en el Royal London Hospital y en las comunidades pobres alrededor del East End de Londres. Ha trabajado como partera en Irak, Nicaragua, Inglaterra y finalmente en Costa Rica, donde reside desde hace más de 20 años.

Estas entrevistas permitieron obtener información que no suele surgir del dato objetivo e impersonal, sino a partir del diálogo y la comunicación, es decir, desde una “intersubjetividad comunicativa” (Camacho, 2002, p.52) entre mi “yo investigador” y las sujetas protagonistas de esta investigación. Se trataba, fundamentalmente, de mirar-las y escuchar-las para comprender-las.

#### **d. Entrevistas guiadas semiestructuradas:**

Para proceder con el análisis de las interacciones que el discurso del MCPH/R establece con el discurso hegemónico de parto, entrevisté a tres profesionales de la salud que trabajan o han trabajado en atención obstétrica dentro de la CCSS y que apoyan o han establecido algún vínculo con el movimiento social. Las personas entrevistadas son:

- Ileana Quirós Rojas, médica especialista en salud pública, ex-coordinadora del Programa de Atención de la Mujer de la CCSS. Quirós fue la encargada de dirigir la elaboración de la Guía de Atención Integral a las Mujeres en el Período Prenatal, Parto y Posparto (2009). Ella pertenece al sector minoritario de funcionarios de la salud que considera importantes las propuestas y aportes del MCPH/R en el tema de atención del parto.

- Freddy Pérez Núñez, ginecólogo y obstetra con estudios también en medicina energética homeopática. El doctor Pérez es probablemente el único médico que en este momento atiende partos extra-hospitalarios de manera sostenida (también trabaja para la CCSS). Su posición crítica y la atención de partos fuera de los hospitales han provocado la molestia del sector médico-institucional y en este momento está siendo acusado ante la fiscalía de la ética del Colegio de Médicos.

- Eduardo Hernández Gamboa, enfermero obstetra del Hospital Calderón Guardia, profesor de enfermería en la Universidad de Costa Rica. Él ha mantenido vínculos por años con el movimiento social y es un promotor del parto humanizado/respetado en las salas de parto de ese hospital.

#### **e. Revisión de documentos, sitios web y otras fuentes secundarias:**

También procedí a revisar normativa internacional y nacional, jurisprudencia, documentos institucionales y estadísticas sobre derechos sexuales y reproductivos en general y sobre el parto en particular, notas de prensa sobre parto y sitios web del movimiento nacional e internacional que promueve el parto humanizado. Además recogí datos y perspectivas de algunos personajes políticos y de especialistas en derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos en las siguientes actividades:

- Conversatorio sobre Parto Humanizado, realizado en la Asamblea Legislativa el 28 de enero de 2019. Esta actividad fue convocada por la Diputada Franggi Nicolás, a propósito de la presentación del Proyecto de Ley de Derechos de la Mujer Durante la Atención Calificada, digna y respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, Expediente N°21057. Este espacio me permitió recoger de primera mano información acerca del marco legal e institucional del parto en Costa Rica y sobre las discusiones más recientes en torno al parto humanizado.
- Seminario “Retos y desafíos frente a la garantía de los derechos humanos de las mujeres en Costa Rica”, organizado por el Instituto Nacional de las Mujeres el 14 de marzo de 2019. En esta actividad se discutió acerca de la violencia obstétrica y la ausencia de implementación de las normas que pretenden mejorar la atención de los partos en los hospitales de la CCSS.

## 4.2. Técnicas de análisis de los datos

Para la interpretación de los datos combiné el **análisis de contenido** con el **ACD**. El análisis de contenido de las publicaciones en FB, de las entrevistas, de las charlas de la Feria Anual de Parto Respetado, de documentos institucionales y legales, así como de contenido de sitios web, me permitieron caracterizar al MCPH/R (objetivo 1). Para cumplir ese objetivo utilicé una combinación de las categorías propuestas tanto por De la Garza (2011) como por van Dijk (2011) para estudiar los colectivos humanos: a) Contexto estructural y coyuntural (localización y espacios, tiempo y temporalidad), b) Composición interna (actores que componen el MCPH/R), c) Organización (estructura, jerarquía, acceso, inclusión o exclusión en grupos determinados, formas de interacción internas), d) Identidad, actitudes e ideologías comunes: principios, normas, valores que las unen, objetivos, conocimientos compartidos, grupos de referencia (nosotros/ellos) y e) Tipos de acciones colectivas.

Por su parte, para determinar el discurso del MCPH/R (objetivo 2), apliqué el ACD a los datos extraídos, a partir de las categorías analíticas contempladas en el Cuadro 1. Como consta en el marco teórico, el ACD sirve de encuadre teórico metodológico para enlazar el análisis lingüístico-gramatical con el análisis interaccional y estructural es decir, abordar el lenguaje en interacción, en relación con la estructura social en la que el discurso opera o se despliega (Fairclough, 2003).

*Cuadro 1. Instrumento para el análisis de publicaciones en RRSS.*

CONTENIDO de la publicación	TEMA CENTRAL (macro-estructura semántica)	ESTRATEGIAS DISCURSIVAS -Referenciales y nominativas -Predicativas -Argumentativas ( <i>topoi</i> ) -De intensificación/mitigación -Retóricas -De resemantización	MARCAS DE MODALIDAD -Epistémica -Axiológica -Deóntica	ACTORES Y ROLES SOCIALES (estrategias de representación y transitividad) -Tipo de acción -Agente -Paciente

*Fuente: elaboración propia, con base en Mills (1993), Simpson (1993), Bybee y Fleischman (1995), Reisigl y Wodak (2001), Wodak (2003), Blackledge (2005), Kaplan (2007), Richardson (2007), van Dijk (2009, 2000) y Tristán (2015).*

Para comprender de qué maneras este discurso interactúa con el discurso hegemónico institucionalizado del parto (objetivo 3), analicé tanto las tensiones y confrontaciones como las negociaciones y transacciones aplicando el AC con enfoque crítico feminista.

### 4.3. Ruta metodológica

El Cuadro 2 resume la relación entre los objetivos planteados, las categorías y subcategorías de análisis definidas y las técnicas de investigación implementadas para alcanzar dichos objetivos.

*Cuadro 2. Ruta metodológica de la investigación.*

Objetivos	Categorías analíticas	Subcategorías	Técnicas de recolección y análisis
1. Caracterizar al Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado.	Movimiento social: el sujeto que enuncia	- Contexto estructural y coyuntural. - Organización, composición interna y acciones colectivas. - Identidad, actitudes e ideologías comunes.	Principales: -Entrevistas a profundidad -Revisión de documentos, sitios web y otras fuentes secundarias -Entrevistas semiestructuradas  Secundarias: -Publicaciones en FB de colectivos del MCPH/R. - Observación VI Feria Parto Respetado ----- Análisis de contenido
2. Analizar el discurso del Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado.	Discurso: lo enunciado	- Macroestructura semántica -Estrategias discursivas -Encuadre discursivo - Estrategias de representación y transitividad	Principal: -Publicaciones en FB de colectivos del MCPH/R.  Secundarias: -Entrevistas a profundidad Entrevistas semiestructuradas ----- Análisis crítico feminista del discurso
3. Detectar las interacciones que este discurso establece con el discurso hegemónico de parto.	Interacciones discursivas	- Tensiones, resistencias y confrontaciones - Negociaciones y acercamientos	Principal: Entrevistas a profundidad Entrevistas semiestructuradas Observación VI Feria Parto Respetado ----- Análisis de contenido

*Fuente: elaboración propia.*

## 5. DOULAS, PARTERAS...MUJERES: EL MOVIMIENTO COSTARRICENSE POR EL PARTO HUMANIZADO O RESPETADO

*Hace unas décadas aquí en Costa Rica unas mujeres plantearon 'la loca idea' de que deberíamos permitir a las mujeres votar. Nosotras tenemos veinte años diciendo que debemos permitir a las mujeres elegir cómo parir... En veinte años, esta historia que estamos contando, de abuso y maltrato, va a ser algo de vergüenza del pasado, como lo es hoy pensar que alguna vez las mujeres tuvieron prohibido votar.*

(Rebecca Turecky, partera y doula)

Cuando ponemos atención al discurso no podemos desconocer al sujeto que lo enuncia. En la epistemología feminista el pensamiento situado es aquél que reconoce estar ligado a un contexto y a una subjetividad de quien lo emite. Pero este proceso no se limita a reconocer la propia subjetividad sino también la del sujeto sobre el cual se construye conocimiento. Desde la pedagogía popular feminista, poner la atención en el sujeto de enunciación implica

dilucidar, desde el comienzo, cómo se construyen determinados conocimientos y qué relación hay en ellos con los sujetos que los formularon y con el contexto donde fueron producidos. Texto y contexto. Texto y pretexto. Quiénes lo hicieron. Qué intereses expresaban. Desde qué puntos de partida, desde qué praxis histórica, con qué lenguajes heredados o recreados se construyeron. (Korol, 2008, p.34).

Como esbocé en el marco teórico, Franulic (2015) plantea que el análisis feminista del discurso no puede seguir interpretando el discurso desde las coordenadas del orden simbólico patriarcal, lo que implica no limitarse a develar prácticas socio-discursivas sexistas, sino más bien concentrarse en explicar los procesos de construcción de nuevos lenguajes que recuperan las percepciones de mundo y las experiencias de vida de las mujeres. Para Violi (1991) el análisis feminista de discurso incluso debe centrarse más en la enunciación que en el enunciado mismo, partiendo de que se trata de una enunciación concreta y corpórea, es decir, que “pasa” por la realidad psicofísica de las mujeres. Es una enunciación situada además en el espacio y el tiempo, que cuenta con una historicidad.

A partir de estas miradas, es importante entonces caracterizar al Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado (MCPH/R), en tanto sujeto político y actor social que produce y hace circular el discurso del parto

humanizado/respetado. Con base en datos cualitativos obtenidos de las entrevistas a profundidad, entrevistas semiestructuradas, la observación de campo, las publicaciones en Facebook (FB en adelante) de los perfiles de Anidar, MAMASOL-Costa Rica (MAMASOL-CR en adelante) y Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (EyNS-CR en adelante) y la revisión de documentos, sitios web y otras fuentes secundarias, en este capítulo hago una breve descripción del contexto estructural y coyuntural en que emerge el MCPH/R, luego explico cómo se compone y se ha organizado este movimiento social, así como las principales acciones colectivas que ha realizado, y finalmente describo y analizo los principales rasgos identitarios, actitudinales e ideológicos que lo caracterizan.

### **5.1. Contexto en que emerge el MCPH/R**

El ACD señala el papel fundamental del contexto en la comprensión del discurso. Los discursos aparecen en un contexto particular, y en ese sentido, reflejan, señalan, dan cuenta de su procedencia contextual. van Dijk (2009) sostiene que cuando entendemos los discursos en tanto eventos comunicativos, debemos considerar las esferas sociales donde se utilizan (política, medios, legislación, educación), las acciones locales que estos discursos definen, el tiempo, lugar y circunstancias en que se producen, los participantes implicados (y los grupos a los que se adscriben), así como las creencias y metas de estos participantes. A la vez los discursos participan activamente en la constitución de los contextos, y con ello, de las estructuras sociales. Desde esta perspectiva, el contexto histórico, así como el contexto social, económico, cultural, político e institucional nos da pistas para comprender el lugar social que un discurso -en este caso el discurso del MCPH/R- ocupa cuando es producido y puesto en circulación.

Como sucede en el resto del mundo (Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA, 2011) en Costa Rica hay muy poca investigación sobre la partería. Aunque algunos estudios recogen ciertos hitos, no existe un trabajo pormenorizado al respecto ni se cuenta con datos acerca de la partería como práctica “privada”. Si bien el objetivo de esta investigación no es saldar dicha deuda, para comprender el *lugar social* que ocupa el movimiento que promueve el parto humanizado/respetado en la

actualidad, es necesario conocer algunos datos sobre el proceso de institucionalización y medicalización del parto. Por eso, en esta sección presento un sucinto encuadre histórico de dicho proceso; luego describo el marco jurídico e institucional que cubre la atención del parto en la actualidad, tanto a nivel internacional como nacional. Finalmente, expongo algunos eventos y situaciones coyunturales que tuvieron lugar en los últimos años y que dan cuenta del contexto complejo y adverso en el que emerge y subsiste el MCPH/R.

### **5.1.1. Marco histórico de la institucionalización del parto en Costa Rica**

El parto intrahospitalario es hoy el esquema predominante de parto en el país: menos del 1% de los partos ocurridos durante el 2017 tuvo lugar fuera de centros de salud (INEC, 2018c). Pero no siempre fue así. La partería<sup>8</sup> o matronería es una práctica milenaria. Los partos caseros, acompañados por “comadres” o “parteras”, fueron la norma en todas las latitudes, ya que el parto no era considerado un evento patológico sino que se mantenía en el plano de lo “natural”.

No es sino hasta el siglo XVIII cuando el poder religioso, político e intelectual de la época empieza a cuestionar “la hegemonía de las parteras” (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014). A mediados del siglo XIX en Europa, América del Norte y sus colonias, se fueron consolidando idearios de género que ubicaban a las mujeres como frágiles y dependientes, incapaces de dar a luz por sí mismas ni de atender alumbramientos sin ayuda de varones expertos, al tiempo que se fue asimilando paulatinamente la idea del parto como acontecimiento peligroso.

Durante el siglo XX, la atención del parto fue pasando así de manos de matronas a manos de obstetras varones, y el parto hospitalario, que antes se limitaba a casos de mujeres pobres en riesgo de muerte o aquellas que llevaban el embarazo en secreto por razones morales, dejó de ser la excepción para convertirse en la regla (Bellón, 2015).

Siguiendo esta tendencia de la biomedicina europea, en Costa Rica se fundó la Escuela de Obstetricia en 1897 y se inició el proceso de medicalización del parto. Esta escuela fue creada en un momento de apogeo de la medicina en un contexto en el que

---

<sup>8</sup> Para profundizar en la historia de la partería y del desplazamiento de las mujeres como sanadoras, ver Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014).

aún se practicaba la curandería y la partería, lo que dio margen para la disputa política, ideológica y social en torno a las prácticas de atención de la salud reproductiva (Martínez y Meza, 2015). Con la creación de esta escuela médica, la obstetricia pasó oficialmente a ser ejercida por médicos varones, pues a la vez que se exigía la formación oficial para poder atender partos, se impidió a las mujeres acceder a dicho centro de estudios.

Según la partera Rebecca Turecky esta doble táctica de desplazamiento de la partería resultó estratégica, pues los médicos se aseguraron el control exclusivo del parto y allanaron el camino para convertirlo posteriormente en un negocio (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). En esta disputa se libró, afirman Argüello-Avenidaño y Mateo-González (2014) una batalla “por un espacio laboral, económico y de reconocimiento social entre una profesión antigua y una emergente” (p.25). Una batalla que, como se hace visible a lo largo de esta investigación, continúa al día de hoy.

El esquema de atención intrahospitalaria del parto se fortalece con el desarrollo del Estado de bienestar a partir de la segunda mitad del siglo XX y el consecuente impulso de sistemas de seguridad social con aspiración de cobertura universal. Se crea la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en 1941 y el Régimen de Enfermedad y Maternidad, y luego se adjudica la administración del Sistema Hospitalario Nacional a la CCSS en 1950 (Ministerio de Salud, 2017). Este modelo de atención medicalizada termina de consolidarse con las reformas en el sector salud realizadas en la década de los ochenta.

Paralelo a estos procesos de institucionalización de la atención del parto, el oficio de la partería empírica o tradicional fue mermando. El fenómeno no es exclusivo de Costa Rica. En el contexto internacional predomina la percepción clínica del parto y por ende la marginación del trabajo de las parteras tradicionales/empíricas/indígenas (Laako, 2016). La falta de reconocimiento social de su labor ha contribuido a su progresiva disminución. Aún así, existen comadronas que al día de hoy siguen recibiendo bebés en zonas alejadas en Costa Rica. Tal es el caso de doña María Suarez, quien a sus 83 años ha atendido cerca de 3000 partos en casas en Medio Queso de Los Chiles y comunidades vecinas (Hernández, 2015).

Por su parte y a pesar de las resistencias, las parteras profesionales, es decir, enfermeras obstetras graduadas de universidades nacionales y obstetras

especializadas en partería fuera de Costa Rica que atienden partos bajo el esquema de la partería, así como las doulas, es decir, acompañantes del parto que brindan apoyo emocional a la mujer, sí existen y están organizadas, como veremos adelante.

### **5.1.2. Marco jurídico internacional sobre derechos reproductivos**

Los derechos sexuales y reproductivos son parte del derecho a la salud, y se basan en el principio de que cada individuo tiene derecho a ejercer control sobre su vida sexual y reproductiva (Laako, 2016). Estos derechos están garantizados en tratados y declaraciones internacionales suscritos por el Estado costarricense, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Conferencia de Beijing, la Declaración de Fortaleza de la OMS y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés).

La CEDAW (1979), que es considerada la carta magna de los derechos humanos de las mujeres y fue ratificada por Costa Rica en 1985, establece en su artículo 12 la obligación de los Estados Partes de adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica y garantizarle los servicios apropiados durante el embarazo, parto y posparto.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha instado a los países a lo largo de las décadas a respetar los derechos de las mujeres durante los periodos del embarazo, parto y postparto. Ya desde 1985 la Declaración de Fortaleza reconocía, entre muchos otros aspectos, el lugar central que las mujeres ocupan durante el proceso reproductivo y del parto. Para el año 2000, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada también en Fortaleza, Ceará, Brasil, se planteaba la preocupación porque estos derechos no se estaban garantizando en la práctica y por el avance de un proceso de tecnologización indiscriminada del parto en América Latina (Laako, 2016). De allí derivó la Declaración de Ceará en torno a la Humanización del Parto (2000).

En concordancia con estos lineamientos internacionales y como resultado de la presión ejercida por las organizaciones de mujeres que promueven el parto humanizado/respetado en el continente, varios países de la región han venido

discutiendo y promulgando leyes a favor del parto humanizado y/o para erradicar la violencia obstétrica. En Uruguay existe desde 2001 la *Ley de Acompañamiento a la Mujer en el parto, parto y nacimiento*; en Argentina se aprobó en 2004 la *Ley Nacional de Parto Respetado*, N°25.929 y en Venezuela se promulgó en 2018 la *Ley de Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado*. En Colombia se discute el proyecto de ley N°063 *Ley de parto humanizado*; en Ecuador los proyectos de *Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto* y *Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud* N°17386 y en Chile se discute también desde 2017 la *Ley de Parto Humanizado*.

### 5.1.3. Marco legal, institucional y social del parto en Costa Rica

A diferencia de otros países de la región, en Costa Rica no existe una ley que regule la atención del parto ni tampoco una que sancione la violencia obstétrica. Son marcos normativos amplios y otros instrumentos como reglamentos y protocolos, los que resguardan los derechos reproductivos, como se observa en el Cuadro 3.

*Cuadro 3. Marco normativo nacional sobre derechos sexuales y reproductivos.*

<b>Ley o decreto</b>	<b>Año</b>
Ley General de Salud (ley N° 5395). <sup>9</sup>	1973
Decreto Ejecutivo 27913 sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales.	1999
Ley de Fomento a la Lactancia Materna.	1994
Ley de VIH-Sida (ley N° 7771).	1998
Ley de Derechos y Deberes de las Personas y Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.	2002
Ley General de Protección a la Madre Adolescente de 1997, y su reforma (Ley N° 8312) <sup>10</sup> .	2004
Reforma a la Ley General de la Persona Joven (Ley N° 8261) y sus reformas.	2013

*Fuente: Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (2015).*

<sup>9</sup> El artículo 12 de esta ley establece que “toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia”.

<sup>10</sup> Esta ley, junto con el Código de Niñez y Adolescencia buscan garantizar los derechos de la madre adolescente a recibir control médico durante el embarazo, parto y postparto, a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, entre otros.

Además existe 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 de Seguro Social* (2017), así como la *Guía de Atención Integral a las Mujeres en el Período Prenatal, Parto y Posparto* (CCSS, 2009).

Sin embargo, a pesar del resguardo normativo de los derechos reproductivos de las mujeres, de acuerdo con el MCPH/R, y según documentos emitidos por la Defensoría de los Habitantes (DH-00586-2017) y por instancias internacionales como el Comité CEDAW de Naciones Unidas (CEDAW/C/CRI/7), dicha normativa no se cumple en la mayoría de las maternidades del país. Como mencioné al inicio de este documento, las denuncias por violencia obstétrica obligaron a Costa Rica a rendir cuentas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2015.

Luego, el Comité CEDAW (2017) realizó una serie de recomendaciones de carácter urgente al Estado costarricense; entre ellas, que “adopte medidas jurídicas y normativas para proteger a las mujeres embarazadas durante el parto, sancione la violencia obstétrica...y vele por la supervisión periódica del trato dispensado a los pacientes en hospitales y centros de salud (p.11). En respuesta el Estado tuvo que presentar en 2019 un informe ante dicho órgano internacional explicando las acciones que ha ejecutado para atender esta recomendación (Mora, 2019, marzo 15). Paralelamente desde 2015 se han presentado en la Asamblea Legislativa iniciativas de ley que buscan establecer un marco legal más claro en la materia, como se muestra en el Cuadro 4.

*Cuadro 4. Proyectos de ley sobre derechos de salud sexual y reproductiva y atención del parto presentados en la Asamblea Legislativa de Costa Rica.*

<b>Proyecto de ley</b>	<b>Año</b>	<b>Estado actual</b>
Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica (N°19.537).	2015	Archivado en 2017.
Ley de Derechos de la Mujer Durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido (N° 21057).	2018	Asignado a Comisión Permanente Especial de la Mujer en 2019.
Reforma del artículo 12 de la Ley general de salud número 5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto (N° 21.062).	2018	No se ha asignado comisión para su estudio.
Adición de un nuevo capítulo III referente a los derechos en salud sexual y salud reproductiva, al Título I del libro I de la Ley General de Salud (N°21154).	2018	No se ha asignado comisión para su estudio.

*Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, actualizado al 19 de marzo de 2019.*

Por otro lado, en el país no existe normativa que prohíba el parto extra-hospitalario o domiciliario atendido por parteras, aunque sí hay interés por crearla. Así lo manifestó el Colegio de Médicos y Cirujanos (Colegio de Médicos pretende prohibir partos fuera de hospitales, 2017) en respuesta al caso narrado al inicio de esta investigación: la muerte de una mujer, tras una hemorragia posparto, que había dado a luz en casa en enero de 2017.

Este caso resulta paradigmático, por el abordaje de la prensa<sup>11</sup> y de las autoridades en salud: se trata del único caso documentado en el país en que una mujer muere en un parto domiciliario, mientras que solo en ese mismo año (2017) se corroboraron 18 muertes por causas obstétricas dentro del sistema hospitalario (INEC, 2018b). De estos 18 casos de mujeres que murieron durante un parto intrahospitalario, ninguno fue objeto de investigación policial ni de cobertura mediática, como sí sucedió con el parto casero, sobre la cual se publicaron al menos 13 notas periodísticas.

Otro caso revelador es el protagonizado por el Dr. Freddy Pérez, especialista en ginecología y obstetricia y en terapia homeopática, quien recibió en octubre de 2017 una Notificación del Departamento de Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos (Expediente N. 112-2017), en la que se le informa que está siendo investigado a raíz de una denuncia interpuesta en su contra por la Dra. Alejandra Blanco Acuña, enfermera obstetra y funcionaria del Ministerio de Salud, por una aparente transgresión

<sup>11</sup> Ver *Referencias notas de prensa*, donde están consignadas las notas periodísticas sobre el caso.

al Código de Ética Médica. En la denuncia se acusa al Dr. Pérez de ofrecer los servicios de parto en agua y de promover “la intervención de Doula en el parto”<sup>12</sup>. Según el doctor Pérez, quien en su respuesta acusa al Colegio de Médicos de hostigamiento y de desconocer los avances de la medicina basada en la evidencia científica (que insta a procurar partos naturales y evitar la excesiva medicalización del parto), la investigación continúa abierta (Comunicación telefónica, 21 de febrero de 2019).

Por otro lado, a pesar de que en otros temas guardan distancias, en materia de partos desmedicalizados y fuera del ámbito hospitalario, el Colegio de Enfermeras y el de Médicos tienden a coincidir<sup>13</sup>. En el marco del Día Internacional de la Partera, declarado oficialmente por la Organización de las Naciones Unidas y celebrado por el MCPH/R y el movimiento internacional el 5 de mayo, el Colegiado de Enfermeras emite comunicados de prensa titulados como este: “En el Día Internacional de la Partería, Colegio de Enfermeras de Costa Rica previene sobre peligro de partos guiados por ‘doulas’” (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2016).

Finalmente, en mayo de 2018, días antes de que el presidente electo Carlos Alvarado asumiera su cargo, firmó un acuerdo para conformar un gobierno de unidad nacional con Rodolfo Piza, representante del partido Unidad Social Cristiana (PUSC) y designado Ministro de la Presidencia, y Patricia Mora, representante del Partido Frente Amplio (PFA) y designada Ministra de la Condición de la Mujer. El señor Piza exigió como condición para firmar dicho acuerdo excluir uno de los párrafos propuesto por el PFA, en el que el nuevo gobierno se comprometía a “garantizar el cumplimiento en todos los hospitales del país de la guía para un parto humanizado, capacitando a las personas profesionales en salud para que respeten los derechos allí reconocidos y evitar la violencia obstétrica” (Cambronero, 2018).

En síntesis, a pesar de que existe amplia normativa internacional y nacional para resguardar derechos reproductivos de las mujeres, según el MCPH/R, la Defensoría de los Habitantes, la CEDAW y alguna jurisprudencia, los derechos de las mujeres durante el parto no se están respetando en la práctica.

---

<sup>12</sup> En el capítulo 7 profundizo en esta caso.

<sup>13</sup> Para muestra los titulares de prensa consignados en el apartado de Introducción.

Tampoco existe en Costa Rica, a diferencia de otros países de la región, como Uruguay, Argentina y Venezuela, un marco legal específico que promueva el parto humanizado o respetado y que sancione la violencia obstétrica. A la fecha, hay cuatro iniciativas de ley relacionadas de alguna u otra manera con el tema, a la espera de ser conocidas por la Asamblea Legislativa.

Mientras no hay legislación específica, y la que hay no se cumple, los colegios de médicos y enfermeras rechazan contundentemente la práctica de la partería o la atención extra-hospitalaria del parto (independientemente de que sea realizada por médicos y obstetras), mientras actores políticos de peso y las autoridades en salud no reconocen la violencia obstétrica.

Ahora bien, ¿quién *incomoda* tanto? Cuando hablamos de este movimiento social, ¿de quiénes estamos hablando?, ¿quiénes son estas mujeres que lo componen y cómo se están organizando? ¿cuál es su identidad social y política? En los siguientes apartados procuro *delinear* al MCPH/R en tanto sujeto de enunciación a través de sus formas asociativas, sus acciones y sus rasgos identitarios.

## **5.2. Organización, composición y acciones colectivas del MCPH/R**

El Movimiento por la Humanización del Parto apareció en los años setenta en Europa como un movimiento impulsado por mujeres y profesionales que promovían un nuevo modelo de asistencia al parto (De Andrade, 2019). Ya desde los años 40 habían surgido las primeras críticas a las prácticas obstétricas invasivas de los cuerpos de las mujeres durante los partos. Originalmente fueron obstetras europeos (Lamaze y Dick-Read quienes empezaron a promover el parto sin dolor (Tornquist, 2002), pero luego la enfermera estadounidense Margaret Gamper llevó las nuevas técnicas de parto a los Estados Unidos. Las ideas de estos personajes impulsaron el origen de diversos movimientos que planteaban alternativas a los partos hospitalarios.

En los años 70 el tema capta el interés de organizaciones y centros de salud feministas y la red feminista (De Andrade, 2019) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de la Mujer (red feminista CLADEN) publica un estudio denunciando la violencia contra las mujeres parturientas en los servicios públicos en Perú (Grillo, 2001). Estos movimientos empezaron a incidir en las políticas

internacionales en materia de derechos reproductivos de las mujeres y en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.

En el ámbito costarricense no existen datos de la existencia del movimiento por la humanización del parto sino hasta el año 2000, cuando un grupo de parteras, doulas y otras mujeres que empezaban a promover el parto humanizado en Costa Rica participaron en la I Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada en Fortaleza, Ceará, Brasil. De ese encuentro surgió la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN).

Ese mismo año, “un pequeño grupo de activistas que compartían una visión para transformar el modelo existente de nacimientos medicalizados y dominados por los hombres” (mamasol, s.f.) conformaron una organización no-gubernamental y no-lucrativa que se llamó Asociación Primal. En el Día Internacional de la Salud de la Mujer del 2001 lanzaron su primera campaña para la humanización del parto en este país, donde distribuyeron folletos informativos, emitieron comunicados de prensa e hicieron presentaciones sobre los derechos de las mujeres durante el parto. Esta organización se convirtió luego en la Asociación Mamasol, clave en el movimiento hasta el día de hoy.

Otras de las organizaciones fundamentales para la conformación del movimiento fueron la Asociación Acompañando Mamás en el Nacimiento (AMAN) y la Fundación Previda (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). AMAN ofrecía información a las mujeres sobre hospitales, cursos de preparación para embarazo y nacimiento natural, yoga e hipnosis para el parto (Alumbramientos en casas, 2008). Un aporte fundamental de Previda, que existe hasta el día de hoy, fue la elaboración de un manual dirigido a las mujeres para conocer sus derechos en el proceso de parto, así como una posterior investigación sobre el conocimiento que las usuarias tenían de esos derechos (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

La antropóloga y doula Natalia Del Valle explica que el origen de este movimiento está en gran medida en la práctica de la partería (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). Al inicio algunas parteras -tanto aquellas empíricas o autoformadas, como las que cuentan con alguna formación profesional como enfermeras obstetras, parteras o doulas-, se reunían para conversar sobre su quehacer. Unas, con el paso del tiempo, se organizaron, mientras otras

decidieron mantenerse en el oficio de parteras y aún hoy mantienen comunicación con las activistas, pero no participan en actividades públicas.

Como parte de sus actividades, en 2004 la Asociación Mamasol promovió el encuentro en Costa Rica de 13 parteras tradicionales provenientes de cinco países centroamericanos para que intercambiaran experiencias de cara a la Conferencia de la Confederación Internacional de Matronas en Trinidad y Tobago (mamasol, s.f.). También a partir de ese año el MCPH/R empezó a celebrar, bajo el liderazgo actual de la Asociación Anidar, la Semana Mundial del Parto Respetado, que es conmemorada todos los años de manera simultánea en muchos países del mundo.

En la actualidad, de acuerdo con las distintas entrevistas realizadas, el MCPH/R está conformado fundamentalmente por parteras –algunas de ellas enfermeras obstetras-, doulas, promotoras de lactancia materna, mujeres que han experimentado (al menos) un parto humanizado/respetado, instructoras de yoga prenatal, instructoras de preparación del parto y mujeres que han vivido violencia obstétrica. Algunas de estas personas provienen de países como Estados Unidos, Canadá, Alemania, Argentina, Ecuador y España. Asociación Mamasol, Asociación Anidar, Fundación Previda y la Liga de la Leche son los colectivos más visibles del movimiento. También hay algunos médicos sensibilizados con el tema quienes son aliados, pero no tienen la vocería del movimiento porque *“no pueden ser muy visibles para no arriesgar su trabajo”* (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

Las parteras tradicionales mayores, que se ubican sobre todo en zonas rurales, forman parte de la comunidad de parteras pero no son parte activa del movimiento social. Sin embargo, son fuente de inspiración para parteras activistas como Rebecca Turecky, quien considera fundamental recuperar los saberes de la partería tradicional. Por esa razón ha trabajado en el reconocimiento público de Miriam Elizondo, una partera tradicional de 95 años de Turrialba, quien ha realizado más de 2000 partos caseros a lo largo de su vida. Este esfuerzo ha derivado en la producción del documental *“The last partera”* (La última partera). (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

En términos generales, las organizaciones que conforman el MCPH/R han realizado acciones colectivas como producción y distribución de folletos informativos, procesos de formación de doulas y parteras, clases de yoga prenatal y posnatal,

cursos de preparación del parto, acompañamiento de parto en casa y parto en agua con parteras y doulas, talleres de lactancia, conferencias con especialistas nacionales e internacionales en parto humanizado o respetado, acompañamiento de mujeres en pre-labor, cursos, charlas y entrenamientos a prestatarios del servicio de obstetricia en los hospitales, entre otras actividades (Anidar, 2017, abril 28 y mamasol, s.f.). Existen también comunidades virtuales como *La Tribu del Mamatón*, que además del tema de la lactancia materna, discuten y comparten sobre el embarazo, parto y posparto, así como sobre la maternidad.

Como consta en el Cuadro 5, el MCPH/R ha organizado una serie de actividades públicas, a la vez que participa en las marchas del 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre), convocadas por el movimiento de mujeres más amplio y/o el gobierno.

*Cuadro 5. Recuento de actividades públicas organizadas por el MCPH/R.*

<b>Actividad</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Objetivo</b>
Marchas por un Parto Respetado	San José, mayo 2013 y mayo 2016.	Exigir a la CCSS que se respeten los lineamientos establecidos en la Guía de Atención del Parto (Zúñiga, 2016).
Plantón <i>Alto a la Violencia Obstétrica</i>	San José, noviembre 2019.	Exigir que se detenga la violencia obstétrica en los hospitales (Alto a la Violencia Obstétrica en Costa Rica, 2018, noviembre 23).
Ferías de Parto Respetado <sup>14</sup>	San José, mayo de cada año.	Actividad anual, realizada en seis ocasiones, enmarcada en la Semana Mundial del Parto Respetado, que busca brindar información sobre el parto respetado y empoderar a las mujeres para enfrentar su proceso de embarazo, parto y posparto (Anidar, 2017, mayo 2).

*Fuente: elaboración propia, con base en entrevistas, publicaciones electrónicas y de prensa escrita.*

Además de la presión pública, algunos de estos colectivos han buscado a lo largo de los años vincularse con la CCSS y las escuelas y facultades de salud de las universidades para tratar de incidir en el sistema convencional de atención del parto. Si bien existen fuertes resistencias en esos espacios (como analizo en el capítulo 7), el

<sup>14</sup> Las ferias han tenido como lemas: “Silencio, mujer pariendo, bebé naciendo” (2013), “Parir es poder” (2014), “El parto es un asunto de salud pública” (2015), “Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé” (2016), “Respetando los Tiempos del Nacimiento” (2017) y “Menos intervenciones, más cuidados” (2018).

movimiento ha conseguido, ya sea con su propio esfuerzo, ya sea con apoyo de otros actores sociales y políticos, algunos avances:

- a. La participación activa en la elaboración de la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto (CCSS, 2009), que incorpora las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en esta materia y que fue desarrollada por la Oficina de Salud de la Mujer de la CCSS (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).
- b. El arranque de un proceso de formación y sensibilización en prácticas humanizadas de atención del parto dirigido a estudiantes de obstetricia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).
- c. La inclusión en el II Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2015), del capítulo V titulado “El derecho a la salud sexual y reproductiva: la discriminación en el cuerpo de las mujeres”, en donde se señala, entre otros aspectos, la ausencia en el ámbito institucional de un enfoque integral de la salud reproductiva de las mujeres.

Por otro lado, el MCPH/R forma parte de un movimiento internacional. En ese sentido, establece un diálogo permanente con las agrupaciones homólogas de otros países, sobre todo de América Latina y España. Este vínculo se materializa tanto en sus redes sociales (pues comparten publicaciones generadas en otros países) como en las actividades internacionales que organizan (encuentros latinoamericanos de doulas y parteras, talleres y conferencias con la participación de referentes internacionales en materia de parto humanizado/ respetado)<sup>15</sup>.

Además algunos de los colectivos forman parte de redes internacionales, como por ejemplo la Escuela de Doulas de Mamasol, que pertenece a la Red de Doulas de Latinoamérica y el Caribe y a la Red Mundial de Doulas. En el marco de estos vínculos ha sido anfitriona en tres ocasiones del Encuentro Latinoamericano de Doulas y Parteras –San José, 2013; Heredia, 2014 y San José, 2015- (mamasol, s.f.; Anidar, 2015, setiembre 10). También en 2007 la revista de partería *Midwifery Today* organizó en San José la Conferencia Anual *Birth without Borders* (Nacimiento sin fronteras), en

---

<sup>15</sup> E.g. en mayo de 2017 el MCPH/R realizó un ciclo de actividades con Cristina Alonso Lord, partera, antropóloga con especialidad en antropología médica y master en salud pública. Alonso coordina el proyecto Casa Maya en México, es co-fundadora de la Asociación Mexicana de Parteras y es consultora internacional en salud materno-infantil.

la que participaron doulas y parteras del mundo entero. En este marco se realizó el primer taller de doulas en el país, conducido por DONA Internacional<sup>16</sup> (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). Ese carácter internacional, aunado al hecho de que algunas de las integrantes son de origen extranjero podría explicar el hecho de que algunos de los colectivos compartan ocasionalmente publicaciones en inglés en sus redes sociales<sup>17</sup>.

Quienes componen el movimiento son en su mayoría mujeres jóvenes y adultas, de capas medias, con acceso a educación y a información, residentes sobre todo en el Área Metropolitana o que se desplazan hacia ella con frecuencia, datos que pude constatar en la observación realizada durante la VI Feria de Parto Respetado (San José, 27 de mayo de 2018). Algunos de los colectivos que estas mujeres integran ofrecen servicios (preparación y acompañamiento del parto, yoga prenatal, talleres de formación de doulas, entre otros) que por lo general tienen un costo y que por lo tanto no son accesibles a todas las mujeres. De manera que, de acuerdo con las entrevistas realizadas, las mujeres que conocen y se identifican con el MCPH/R comparten con sus promotoras cierto nivel socio-económico y socio- educativo.

Ahora bien, hay que considerar los matices de esta generalización. En primer lugar, en tanto el movimiento está constituido en buena medida por parteras, doulas, instructoras de yoga prenatal y promotoras de lactancia materna, su activismo está directamente relacionado con su trabajo remunerado. En segundo lugar, al tiempo que ofrecen estos servicios, los colectivos promueven la universalización del parto humanizado/respetado, lo que significa que realizan acciones con miras a conseguir que el sistema institucionalizado u hospitalario efectúe las transformaciones necesarias para ofrecer a todas las mujeres la posibilidad de parir de manera respetada, e incluso desarrollan proyectos para apoyar en el parto a mujeres que acuden a los hospitales públicos (R. Pacheco, comunicación personal, 4 de octubre de 2018), o a mujeres de escasos recursos, campesinas e indígenas (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018) de manera totalmente gratuita. Al respecto, la doula N. Del Valle reconoce que reciben la crítica de mamás que consideran que los costos de tener un

---

<sup>16</sup> DONA Internacional es la organización internacional líder en formación y certificación de doulas. Ha certificado cerca de 12000 doulas en más de 50 países (DONA International, s.f.).

<sup>17</sup> En su mayoría estas publicaciones incorporan la traducción al español o bien, cuando son imágenes o enlaces a artículos escritos en inglés, están encabezadas por un texto en español que contextualiza.

parto con partera y doula en casa son altos y responde: *“Nosotras vivimos de eso. Es nuestra forma de ganarnos la vida. Ahorita no es para todas. Pero estamos trabajando para que haya acceso para todas de un parto digno, respetado”*. (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

Por otro lado, el MCPH/R no está vinculado con ningún partido político o estructura institucional, ni recibe ningún tipo de financiamiento estatal. Si bien establece alianzas con empresas para llevar a cabo algunas actividades y las organizaciones mismas desarrollan actividades comerciales (cobran por sus servicios de atención de parto y otros, desarrollan productos en ferias, entre otras), se trata de un movimiento con un grado importante de autonomía lo cual, como señalé en el marco teórico, resulta un rasgo común de los nuevos movimientos sociales (NMS). Esta autonomía suele expresarse no solo en relación con otros actores sociales, sino también hacia lo interno (Jiménez, 2006), ya que los NMS tienden a la pluralidad y la atomización (Riechmann y Fernández, 1994). En este sentido, como consta en la composición que describí arriba, el MCPH/R no es una sola organización sino un aglomerado de pequeños y diversos colectivos.

En ese sentido, los NMS usualmente desarrollan estructuras organizativas descentralizadas y anti-jerárquicas, que funcionan en forma de red o conexión de redes y que suelen tener niveles bajos de formalización, institucionalización y profesionalización (Jiménez, 2006). El MCPH/R no es la excepción: de acuerdo con la observación y las entrevistas realizadas, no existe una instancia o estructura formal que articule a los distintos colectivos, sino que funcionan a manera de red, es decir, cada uno de ellos trabaja de manera autónoma, e incluso guardan diferencias en sus métodos y estrategias de trabajo, pero cuando así lo requieren, coordinan proyectos en conjunto, como por ejemplo la organización anual de la Feria de Parto Respetado (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018). Así por ejemplo, tal y como corroboré en el análisis de las publicaciones en FB de los colectivos del MCPH/R, cuando una de las agrupaciones organiza y publica un evento o actividad, los perfiles de las otras usualmente lo replican<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Actividades como la Escuela de Doulas, las Ferias de Parto Respetado y las visitas internacionales son organizadas por alguno de los colectivos y divulgadas y compartidas por los perfiles de los demás.

En relación con lo anterior, según las personas entrevistadas, el MCPH/R no se articula bajo una estructura jerárquica, no realiza procesos formales de incorporación y membresía, ni de ningún otro tipo, más que los estrictamente necesarios:

*No tenemos jerarquías, no somos autoritarias. Y eso es algo de mujeres: si algo no fluye, lo dejamos, porque no queremos criticarnos entre nosotras... Las decisiones las tomamos conversando...Una propone y si a todas nos suena la idea, pues lo hacemos. Nuestra comunicación es muy fluida.* (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Por otro lado, tal como pude constatar durante la observación de la VI Feria de Parto Respetado (27 de mayo de 2018), el afecto interpersonal ocupa un lugar importante en el MCPH/R. Los abrazos, las miradas y risas cómplices, son parte de la dinámica interpersonal: *“en nuestra organización, si alguna tiene una idea, las otras decimos ‘hay qué lindo... estoy de acuerdo’, o bien ‘¿y por qué no hacemos mejor tal cosa?’ Siempre hablando con mucho amor, con mucho respeto...como mejores amigas”.* (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

El afecto se convierte así en una práctica constitutiva de este movimiento social. Tanto Parra (2005) como Jiménez (2006) consideran que los NMS se basan efectivamente en el involucramiento personal y en relaciones informales de alta solidaridad afectiva entre sus miembros. Para la pedagoga feminista Claudia Korol (2007) estas expresiones de afecto son parte constitutiva de una “ética feminista del acompañamiento, del caminar codo a codo, de transitar los dolores y hacernos cómplices de nuestros deseos” (p.20).

Esto no significa, sin embargo, que no tengan diferencias de criterio a lo interno. En el MCPH/R tienen posiciones distintas sobre diferentes aspectos, por ejemplo sobre el lugar que debe ocupar la partería tradicional en su discurso. Mientras algunas consideran que debe reivindicarse de manera central el legado ancestral de la partería, para otras esto puede no resultar tan estratégico si lo que se busca es posicionar que los planteamientos del movimiento están apegados a la evidencia científica<sup>19</sup>.

Otra de las características de los NMS es que así como pasan por etapas de visibilidad en el espacio público, tienen momentos de quietud o latencia en que su existencia misma es inadvertida por la sociedad (Jiménez, 2006). Este es el

---

<sup>19</sup> En el capítulo 6 analizo las estrategias discursivas del MCPH/R.

comportamiento del MCPH/R, que por períodos mantiene un activismo sostenido pero intermitente y de bajo alcance (realizan pequeños eventos a lo largo del año y mantienen un ciberactivismo de circulación modesta), y en otros momentos logran tener un perfil un poco más público de cara a actividades grandes como la Feria Anual de Parto Respetado. Esta intermitencia puede estar asociada al hecho de que, al tiempo que las parteras y doulas buscan organizarse entre ellas y con otros actores del movimiento, también experimentan temor por el ejercicio de su práctica. Igual sucede con otras mujeres que se identifican con el movimiento pero sienten temor de ser cuestionadas socialmente (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

Y no parece un temor infundado, ya que en distintos momentos han enfrentado persecuciones por parte de las autoridades en salud y policiales, al punto que algunas parteras autoformadas decidieron continuar ejerciendo la práctica en secreto y no mostrarse públicamente (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018), mientras otras (las que cuentan con la formación profesional, la titulación internacional y/o la colegiatura correspondiente en el Colegio de Enfermeras de Costa Rica) han asumido un perfil más público y la vocería del movimiento (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

En síntesis, el MCPH/R realiza actividades informativas (publicaciones, ferias), formativas (cursos y talleres), profesionales (atención del parto), de incidencia (con la CCSS, universidades y otras instancias) y públicas (marchas, plantones). Tanto el trabajo con la institucionalidad en salud y académica como las actividades públicas de visibilización y denuncia reflejan el carácter político del movimiento, pues más allá de ofrecer servicios, desarrolla acciones de incidencia y de presión para transformar la política pública y la atención misma del parto.

Además, el MCPH/R pertenece a un movimiento internacional más amplio (que en el ámbito latinoamericano empezó a configurarse a principios del siglo XXI) y comparte muchos de los rasgos comunes de los NMS, tanto en su lógica constitutiva y organizativa, como en su identidad social e ideológica.

En cuanto al aspecto organizativo, es un movimiento caracterizado por la autonomía, la pluralidad y atomización, la horizontalidad (ausencia de jerarquías), las relaciones informales y altamente afectivas y la intermitencia en el espacio público. Los aspectos identitarios e ideológicos, son los que describo y analizo a continuación.

### 5.3. Identidad, actitudes e ideologías comunes del MCPH/R

Las personas construimos un *Yo personal* pero también un *Yo social*, en tanto somos miembros de distintos grupos. Los actores sociales se identifican, encuentran y asocian entre sí por conocimientos compartidos, por obligaciones en común, porque comparten objetivos, principios, normas y valores o por un sentido de pertenencia a una categoría o grupo social. Y así, van construyendo gradualmente sus identidades sociales, a través de la interacción social y el discurso, a la vez que la interacción y la percepción a lo interno de los grupos y entre los grupos “depende de estas identidades compartidas socialmente” (van Dijk, 2011, p.110). Ahora bien, no toda identidad social deviene en movimiento social, sino que éste surge cuando un grupo de actores se moviliza, con base en esa identidad y en un sentido de solidaridad, para responder de manera conjunta ante un determinado conflicto (Chihu, 2006).

En este sentido, ¿cuáles son los principios, visiones de mundo, historia común y experiencias de vida que unen a estas mujeres y las convoca a participar, organizarse e irrumpir en el espacio público? De acuerdo con las entrevistas realizadas, los siguientes son los principales rasgos ideológicos e identitarios que sostienen al MCPH/R.

#### 5.3.1. La transformación cultural como objetivo

A diferencia de los movimientos sociales tradicionales, los NMS no responden ni se desprenden de una estructura política tradicional como sería la partidaria o la sindical, sino que se articulan en torno a demandas sociales y políticas como la defensa de los derechos humanos (Parra, 2005). Este es el caso del MCPH/R, que apela al derecho humano y fundamental de las mujeres a parir de manera respetada, y recibir una atención humanizada: se trata un asunto de dignidad humana, del derecho a la salud, de derechos reproductivos. Por eso informa sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto y busca empoderar a las mujeres para que exijan esos derechos, denuncian el incumplimiento en Costa Rica de los lineamientos internacionales en materia de derechos reproductivos de las mujeres y promueven la universalización del parto humanizado/respetado<sup>20</sup>: “*Seguimos luchando*

---

<sup>20</sup> Los componentes y estrategias del discurso del MCPH/R se analizan en el capítulo 6

*para que toda madre, bebe y familia puedan recibir la óptima calidad de atención en el parto... seguro, amoroso, sin intervenciones ni presiones...y el poder para elegir sobre su cuerpo. Porque es su derecho!!".* (MAMASOL-CR, 2017, agosto 30). Sus objetivos tienen, entonces, un carácter más universalista que particularista, lo cual, como esboché en el marco teórico, constituye un rasgo frecuente en los NMS (Jiménez, 2006).

A la base de sus demandas se encuentra la crítica a la institucionalización del parto medicalizado, pero también a su mercantilización: **“el parto se maneja como un negocio”** (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018):

*Aquí el cuerpo de la mujer se convierte en un mercado. ¡Vaya a ver el Hospital CIMA o la Clínica Bíblica, la cantidad de cesáreas que hacen! Pero si usted le pide al Ministerio de Salud que le diga el porcentaje de cesáreas que hay en el país, no se lo dice...El Ministerio está siguiéndole el baile a los centros privados porque eso es un negocio. Si empieza a haber una tendencia de partos en las casas con profesionales, se les cae el negocio a las clínicas privadas. (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).*

La crítica sostenida a la institucionalización del parto -que conlleva la industrialización y tecnocratización de los procesos de atención- y a la mercantilización del mismo, como las dos caras de un mismo fenómeno: el parto medicalizado, da cuenta del carácter contrahegemónico de este movimiento social, que pone en cuestión la explotación económica de los procesos fisiológicos y de los cuerpos de las mujeres.

Ahora bien, más allá de estos cuestionamientos y de demandar una atención digna del parto para todas las mujeres, el MCPH/R busca transformar la manera en que se entiende y se experimenta el parto en nuestra sociedad (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018) y por eso llama a **“construir nuevos paradigmas para la atención de partos respetados”**. (Anidar, 2016, mayo 3) (el resaltado es mío).

Al respecto Sagot (2007) y Magrini (2011) plantean que los NMS no centran sus preocupaciones solamente en asuntos de clase, económicos, o de acceso (cantidad y calidad) a los recursos, sino sobre todo en problemas y transformaciones sociales y culturales, relacionadas con las vivencias intersubjetivas, con la calidad de vida, con las manifestaciones concretas y visibles de las relaciones de poder. En este sentido, las demandas de los NMS tienen una dimensión simbólica que es central, es decir, se constituyen fundamentalmente a partir de una lucha por la significación -por

resignificar los fenómenos sociales, los constructos socioculturales- en este caso, del parto. Esto no significa, por supuesto, que el MCPH/R desconozca las condicionantes político-económicas que determinan el acceso de las mujeres al parto digno y respetado (como quedó claro párrafos atrás), sino que esas condicionantes materiales son abordadas en su discurso en función de los procesos de resignificación, resemantización del constructo *parto*, como analizo en el capítulo 6.

### 5.3.2. Identidad: subalternidad y la resistencia

En la actualidad la noción de partera tiene varias acepciones (empíricas, tradicionales, comadronas, comadres o matronas), y los organismos internacionales de la salud han ido cambiando la manera de nombrarlas, sin explicitar las razones del cambio conceptual. Los significados que se asignan a cada uno de estos términos depende entonces de quién los use y del contexto social y cultural en el que se utilizan (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014).

En el contexto costarricense, las universidades no imparten la partería como una rama de la obstetricia y por tanto, aquellas obstetras especializadas en partería en el extranjero, como es el caso de Rebecca Turecky, no son reconocidas ni profesional ni socialmente: *“Yo en Estados Unidos me gradué como enfermera obstetra con especialización en partería. Aún así, cuando acompaño a una mujer al hospital [los médicos] me dicen: ‘Usted no tiene ningún título. No sabe de lo que habla’.”* (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). De manera que lo que en otras latitudes es una profesión reconocida y respetada, en nuestra cultura se interpreta como una práctica acientífica, e incluso ilegal e irresponsable: la palabra “partera” tiene *“esa connotación de empírica, de desconocimiento, de ignorancia, de que la gente que hace esto no ha pensado en todos los riesgos”* (M. Tyndall, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

Ante esta carga social negativa asociada a su identidad, las parteras y doulas, que están a la base del MCPH/R, se han visto forzadas a ocultarla o *disfrazarla*. Rahel Pacheco narra cómo para obtener la autorización para implementar un proyecto para acompañar a mujeres en la etapa de pre-labor (de parto) en el Hospital México, ella y sus compañeras del colectivo tuvieron que cambiar la forma en que se nombran a sí mismas. *“Como está satanizado el nombre de ‘doulas’...decimos que somos*

*‘acompañantes prenatales’* (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018). Al respecto, Natalia Del Valle explica que *“en el camino de confrontación con el sistema hemos tenido que decir: ‘yo no soy partera’ y es como negar nuestras raíces. Decimos: ‘soy enfermera obstetra’...Pero es la evolución; es lo que estamos viviendo para que algo cambie”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

Sin embargo, desde esta ubicación de subalternidad, el movimiento también expresa un arraigo y orgullo por su identidad social/profesional, a través de publicaciones que celebran el día internacional de la partería (MAMASOL-CR, 2018, mayo 6) o que explican en qué consiste el oficio de “doulear” (MAMASOL-CR, 2018, mayo 30). Igualmente, frente a la obligación que siente de presentarse como enfermera obstetra en los centros médicos, la partera R. Turecky termina reivindicando su identidad: *“pero a mí me gusta decir que soy partera, porque me estoy refiriendo a una tradición muy específica de mujeres apoyando a mujeres, con esa fe y confianza en la sabiduría que llevamos dentro de nosotras”* (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). Como explican Pujal y Pujol (1995), “la enunciación constituye el producto de la resistencia, la polémica y la autoafirmación” (Pujal y Pujol, 1995, p.181).

La reivindicación de la identidad propia implica, además de nombrarse, distinguirse, tomar distancia de lo que no son:

*Nunca existirá un papel lo suficientemente oficial que me certifique lo que siento en mi interior cuando estoy al lado de una mujer que está en parto... **soy Doula... no soy ginecóloga, ni matrona, ni anestesista, ni enfermera. No resuelvo complicaciones médicas si estas se dan durante el proceso de parto... Soy Doula y esto significa que cualquier situación importante para la mujer lo es también para mí, ya que la parte fundamental del trabajo de una doula es sostener a la futura madre en todas sus emociones de una manera respetuosa, sin juicios, cercana y ayudándola a disipar sus dudas y sus miedos.*** (MAMASOL-CR, 2016, febrero 28).

En este sentido, van Dijk (2009) explica que los actores sociales buscan legitimar su discurso y su lugar social a partir de un *nosotros* compartido (*somos doulas, somos parteras*) que se opone a *otro* que adversan<sup>21</sup> (*no somos médicos*).

Por otro lado, los estigmas sociales asociados a la partería como práctica terminan claramente marcando también el acto mismo del parto atendido por doulas y

---

<sup>21</sup> En el capítulo 6, apartados 6.4.2 y 6.4.3, analizo cómo esta relación entre el endogrupo y el exogrupo se constituye en el discurso del MCPH/R.

parteras, a tal punto que las mujeres (y las familias) que lo eligen, cargan ellas mismas con dichos prejuicios:

*Calificativos tales como: arriesgados, irresponsables, aventurados, tercos y similares, podrían ser aplicados a la ligera a unos padres primerizos, que decidieron que el parto de su hija fuera lo más natural y humanizado posible...Por dicha, esos comentarios no cambiarían nuestra forma de pensar ni sentir nuestro parto...De allí **este acto de resistencia**, de allí el apoyo al esfuerzo de mujeres como Rebecca y Marie, por medio de Mamasol, por humanizar el parto, nuestros partos.* (“Ana Marcela”, mamasol, 2015) (el resaltado es mío).

En conclusión, en la interacción social las integrantes del MCPH/R oscilan entre reivindicar su identidad de doulas o parteras y ocultar esta identidad con el objetivo de conseguir legitimidad para incidir en el sistema institucionalizado de parto. Esto segundo implica por momentos la acción de *dejar de nombrarse*, o de *nombrarse de otra manera*, para hacerse campo en medio de un contexto adverso o resistente a sus planteamientos y su identidad social. Se establece así un proceso dinámico de auto-reivindicación y auto-anulación, asociado a la identidad social y gremial del movimiento. Ese *lugar social* que ocupan, reforzado por una serie de estigmas fijados social e históricamente, da cuenta también de una identidad construida desde la subalternidad, la resistencia y la contra-hegemonía, que se refuerza no solo a partir de *lo que son*, sino también a partir de *lo que no son*, y que no solo representa a las parteras y doulas, sino también a las mujeres y familias que integran el movimiento.

### **5.3.3. Parto y subjetividad: la politización de lo cotidiano**

Rahel Pacheco dio a luz a su hija en el Hospital Calderón Guardia y vivió en carne propia la violencia obstétrica, *“porque yo no sabía que tenía derechos”* (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018). Cuando ingresó a la Liga de la Leche y adquirió conciencia sobre el tema, quiso hacer algo para cambiar la situación de otras mujeres y que éstas pudieran llegar informadas al hospital. Así fue como decidió convertirse en la doula que es hoy. Por su parte, Natalia Del Valle, doula y estudiante de enfermería, empezó a conocer el MCPH/R en el 2004 cuando su compañera de departamento quedó embarazada y decidió tener a su hijo acompañada por doula y partera. *“Al año siguiente yo tengo a mi hija y me preparo con la misma*

*doula que mi amiga*". A partir de esta experiencia, ella deseó que otras mujeres tuvieran la misma oportunidad (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). Igualmente la médica y doula Yaliam González también se acercó al movimiento cuando se convirtió en madre:

*Yo estaba estudiando medicina en la Universidad. Cuando llegó el momento del parto fui al Calderón [Hospital Calderón Guardia] y busqué a uno de mis profesores a quien yo admiraba mucho. En la revisión, él me separó la membranas sin mi autorización. Hasta ahí todo había andado normal con el embarazo pero a la hora del parto, probablemente por el susto, la bebé se había dado la vuelta y las cosas se complicaron. Después del parto yo empecé a indagar en Internet y ahí me topé con Mamasol y la Liga de la Leche. Empecé a leer, a ir a reuniones, y así como lo había vivido en carne propia, entendí que en el sistema todo se enfoca en lo que puede salir mal. Fue una ventana a un mundo nuevo: asistí a una feria del parto respetado y me empecé a enamorar del movimiento. También fui a un encuentro de doulas y parteras. Mi segundo parto lo tuve en la casa sin dudarlo. (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).*

De acuerdo con las entrevistas realizadas, el activismo de las integrantes del MCPH/R tiende a basarse en su experiencia personal del parto y la maternidad y que además, según la partera Marie Tyndall, se sigue asumiendo desde la cotidianidad, a tal punto que no saben dónde termina el trabajo político y donde empieza la vida privada, familiar, íntima (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018). En ese sentido, Jiménez (2006) explica que los NMS son justamente la expresión de la "politización de la vida cotidiana y del ámbito privado" (p.21).

Esta necesidad de "politizar" la práctica y la vivencia cotidiana es inherente al MCPH/R. Estas mujeres decidieron, a partir de la toma de conciencia derivada de su experiencia individual de parto (s), hacer "algo" para promover el parto humanizado/respetado. Pero no se limitaron a atender partos humanizados de manera individualizada, sino que también decidieron ejercer la acción colectiva. Como explica Natalia Del Valle *"si atendés partos respetados de manera individual, que está bien, solo afectás las vidas que podás tocar, pero si hacés trabajo político, el movimiento crece"* (N. Del Valle, Comunicación personal, 1 de noviembre de 2017). Y en ese sentido, el movimiento tiene conciencia del enfoque político de su trabajo y su activismo: *"Nuestra motivación es empoderar a las mujeres, que ellas recuperen su poder, para que vuelvan a tener autoridad sobre su cuerpo, y eso es totalmente político"*. (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

#### 5.3.4. El encuadre feminista como rasgo ideológico/identitario

De acuerdo con De Barbieri (1986), los movimientos de mujeres son acciones colectivas con participación fundamentalmente femenina pero no necesariamente constituidos alrededor de identidades y demandas de género, que es lo que articula y convoca al movimiento feminista: la denuncia de las relaciones de poder que perpetúan la subordinación, desigualdad y discriminación de las mujeres en la sociedad, y la búsqueda de superación de dichas jerarquías y condiciones.

Como he planteado antes, el MCPH/R se encuentra en el lugar de la reivindicación de los derechos reproductivos de las mujeres y busca erradicar la violencia obstétrica (que se ejerce específicamente contra las mujeres) así como promover la universalización del parto respetado. En ese sentido, si bien el MCPH/R no se ha concentrado en problematizar sobre la institución de la maternidad (aspecto que ha estado a la base del pensamiento feminista), sí se constituye alrededor de “identidades y demandas de género”, y hace un cuestionamiento directo a las relaciones de poder que se establecen en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres:

*Nuestro trabajo... tiene un **enfoque feminista**. Es el hilo conductor. Cuando estamos con mamás siempre vemos toda su situación, su relación de poder con su pareja, su lugar en la familia. Estamos conscientes de que estas cosas van a influir en su experiencia de ser madre y en su proceso de parto. (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).*

Esta *afiliación* feminista del movimiento se hace en ocasiones explícita, a través de publicaciones como “*La humanización del parto es un tema feminista*” (MAMASOL-CR, 2017, marzo 24), o la organización de actividades como el *Taller de Feminismo y Parto Humanizado “Por un parto Respetado – NO a la violencia institucionalizada”*, que tuvo como objetivo “*brindar una **visión feminista** que asegure las condiciones necesarias para que todas las mujeres tengan un parto humanizado, trabajando de una manera transdisciplinaria con profesionales de la salud...científicos sociales, activistas feministas...y hacedores de política pública*” (mamasol, s.f.) (el resaltado es mío).

Como se verá en el siguiente capítulo, alusiones a conceptos como “violencia obstétrica” (en tanto expresión de la violencia de género), “violencia machista” y otros, que aparecen en las publicaciones en redes sociales del MCPH/R, muestran un registro lingüístico anclado en la retórica feminista<sup>22</sup>. En ese sentido, la doctora Ileana Quirós considera que el MCPH/R “*es un movimiento feminista porque busca recuperar el poder de las mujeres sobre sus cuerpos*” (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

Para la partera Rebecca Turecky, el MCPH/R es inherentemente feminista porque se sostiene en el principio de sororidad. “*Lo que más necesita una mujer para tomar una decisión empoderada, es otra mujer informada que la apoye*” (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). Se trata de mujeres apoyando a mujeres. En este sentido, resulta interesante anotar que, de acuerdo con Ehrenreich y English (1984), frente a las persecuciones que sufrieron las sanadoras, comadronas y parteras a lo largo de la historia de la humanidad, estas se han defendido apelando a la solidaridad entre mujeres y a la resistencia colectiva. La situación no parece haber cambiado hoy. Algunas publicaciones en FB reflejan este principio de sororidad, central en la construcción identitaria del MCPH/R:

*-Cada mujer que se sana a sí misma contribuye a sanar a todas las mujeres que la precedieron y a todas aquellas que vendrán después de ella. (MAMASOL-CR, 2016, mayo 29)*

*-Invitamos al próximo círculo de mamás para compartir, conocernos, hacer tribu...Círculo de Mamás. Historias de posparto: la importancia de la tribu. (EyNS-CR, 2018, julio 29).*

Por otro lado, tal como explicaba arriba, las mujeres que integran este movimiento social han llegado a ese lugar de conciencia y organización política a partir de sus experiencias personales en relación con el parto y la maternidad, y en ese sentido materializan uno de los postulados fundamentales del feminismo: “lo personal, es político”. Ahora bien, algunas activistas del MCPH/R perciben que a pesar de esta conciencia y trabajo político con enfoque feminista, el movimiento feminista no necesariamente ha incorporado sus demandas y planteamientos en la agenda, ni ha entendido el lugar medular que estos tienen para la transformación de las relaciones

---

<sup>22</sup> En el capítulo 6, apartados 6.7.1. analizo cómo la retórica feminista forma parte del discurso del MCPH/R.

desiguales de poder y las jerarquías de género. La médica y doula Y. González considera que:

*En los espacios políticos feministas, cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos, se habla de aborto, anticonceptivos, educación sexual (luchas que por supuesto comparto) pero no se toca el tema de la maternidad (o apenas por encima, dentro del discurso de la madre víctima del sistema patriarcal, condenada a lo doméstico, -cosa que también es cierta)... La lucha por un embarazo libre e informado, un parto humanizado, y la normalización de la lactancia materna, es la misma...Es necesario un feminismo...que siga repudiando la maternidad como institución, como mecanismo de control, como mandato; pero que defienda la maternidad libre y consciente... Es necesario hacer política feminista en función de las necesidades de las mujeres y sus familias...en lugar de buscar adaptar a las mujeres al mundo actual... machista, capitalista y egoísta. (Anidar, 2017, junio 15).*

Para M. Tyndall, quien estuvo involucrada en el movimiento feminista, el problema radica en dos aspectos vinculados entre sí. El primero tiene que ver con que una de las principales reivindicaciones del movimiento feminista en el pasado fue el derecho a no ejercer la maternidad. *“Antes empoderarse pasaba por cuestionar o evitar la maternidad... Y eso lo entiendo, porque yo vengo de esa época también, en que creíamos que ser mamá era ser esclava, y queríamos tener una vida diferente a la de nuestras madres”*. De manera que *“cuando las activistas del parto humanizado participamos en los espacios feministas, nos ven como enfermeras y no como feministas [risas]”* (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

El segundo aspecto tiene que ver con la vigencia del poder médico, y particularmente del poder obstétrico (Arguedas, 2014). Desde su perspectiva, este poder es enorme y constituye probablemente *“la última frontera que el movimiento feminista aún no ha conquistado”*, lo que explica que muchas mujeres feministas *“no buscaran empoderarse de su proceso y hayan tenido partos medicalizados”* (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

En síntesis, un rasgo identitario del MCPH/R es su filiación feminista, la cual se expresa en sus objetivos políticos -basados todos en demandas de género-, en el lenguaje que emplea y en los principios que lo sostienen (como la sororidad y la politización de la experiencia subjetiva). Ahora bien, esta identidad feminista no es necesariamente reconocida por el movimiento feminista en su amplitud.

#### **5.4. Parto en movimiento: síntesis de los resultados**

En esta capítulo he mapeado el contexto en el que el MCPH/R se constituye, las maneras en que este movimiento social se articula y organiza, las metas e identidad compartidas por los colectivos que lo integran, y las acciones colectivas que desarrolla. He concluido que el parto medicalizado y hospitalario tiene una historia reciente en el país y en el mundo. La institucionalización del parto es el resultado de un proceso histórico, regional y transnacional, que implicó la profesionalización de la atención en manos de médicos varones y el desplazamiento de las parteras tradicionales.

En la actualidad, los colegios de profesionales en salud, las escuelas que les forman y las autoridades oficiales en la materia desconocen o minimizan las denuncias por violencia obstétrica y las demandas del movimiento social que promueve el parto humanizado/respetado. Pero este modelo institucionalizado y medicalizado del parto, controlado por el sistema biomédico, tiene fisuras, por cuanto empieza a ser reconocida la presencia de violencia obstétrica sistemática, o lo que es igual, que los derechos de las mujeres durante el parto, resguardados por los cuerpos normativos, no se están respetando en la práctica.

Se dibuja entonces un contexto complejo en el que por un lado se ha ido consolidado un solo esquema oficial de parto, pero por el otro se está reconociendo la necesidad de cambiar aspectos de ese esquema, lo cual puede constituir una oportunidad para que la propuesta, hasta ahora contracultural del parto humanizado o respetado, se abra un espacio en la esfera pública. Sobre esto discuto en el capítulo 6.

De acuerdo con sus acciones colectivas de educación, incidencia y presión que realiza el MCPH/R, las formas en que se articula y organiza y sus características identitarias, este movimiento social se ubica en ese espacio donde se interceptan lo individual/ familiar/ subjetivo/ cotidiano y lo político/estructural. El activismo de sus integrantes se basa en su experiencia personal del parto y la maternidad, que se convierte en el motor de la movilización social y política. Es un activismo caracterizado por la informalidad, la pluralidad, la ausencia de jerarquías y en el que los vínculos interpersonales, el afecto y la confianza son centrales, pero que a la vez irrumpe en el espacio público para incidir en la política pública, el Estado y sus instituciones.

Este movimiento social no solo mantiene una postura crítica *al estado de las cosas*, esto es, la institucionalización y la mercantilización del parto, sino que hace una propuesta que busca transformar los significados que culturalmente se asignan al parto. De manera que el suyo es un proyecto (contra) cultural, y por tanto posee una dimensión simbólica que analizo, a través del discurso, en el siguiente capítulo.

Por otro lado, la identidad social del movimiento, cuya base principal es la identidad social y gremial de las parteras y las doulas, se expresa de manera ambivalente en el plano social y el espacio público: por momentos se nombran y reivindican, por momentos se ocultan. El conflictivo histórico entre los oficios de médicos obstetras y parteras, que implicó la estigmatización de las segundas, podría explicar en parte el lugar de resistencia, contrahegemonía y subalternidad que hoy ocupa el movimiento social. Ahora bien, esa subalternidad no solo se manifiesta en relación con el modelo hegemónico de parto, sino también en relación con el movimiento feminista más amplio. El MCPH/R considera que su agenda sigue estando relegada en los espacios políticos feministas.

Conociendo mejor el sujeto que enuncia, procedo a identificar y analizar lo que enuncia, es decir, su discurso.

## 6. REVERENCIANDO EL PARTO: EL DISCURSO DEL MCPH/R

*¿Qué es un parto respetado? donde se respetó todo.  
¿Cuál es el mejor método? el respeto.  
(Natalia Del Valle, doula)*

En el capítulo anterior describí y analicé al Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado en tanto sujeto emisor del discurso. Ahora bien, ¿de qué habla este movimiento social? ¿cuáles estrategias discursivas implementa para construir su discurso y desde cuáles puntos de vista lo enmarca? ¿cuáles son las relaciones entre los actores sociales que se expresan en ese discurso? ¿cuáles roles se le asignan allí a dichos actores?

Para responder a esas preguntas, analizo un total de 46 publicaciones extraídas de los perfiles de Facebook (en adelante FB) de tres colectivos: MAMASOL Costa Rica (MAMASOL-CR en adelante, Anidar y Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica<sup>23</sup> (EyNS-CR en adelante). Tanto la descripción de estos perfiles, como los criterios utilizados para la selección de las publicaciones están consignados en el marco metodológico. Allí explicaba también cómo el análisis de estas publicaciones en redes sociales responde al interés de poner la mirada en la pragmática discursiva, en el discurso vivo y en interacción. El análisis de las publicaciones en FB es complementado con algunos extractos de las entrevistas a profundidad.

El capítulo consta de cinco partes. En la primera, doy cuenta de los resultados encontrados en cuanto a los temas que componen el discurso del MCPH/R. En la segunda, enumero y analizo las principales estrategias discursivas empleadas. En el tercer apartado determino los encuadres discursivos del MCPH/R y en el cuarto analizo las estrategias de transitividad y representación presentes en dicho discurso.

---

<sup>23</sup> Esta página de FB cambió su nombre en algún momento del año 2017, de manera que algunas de las publicaciones analizadas aparecen bajo la autoría de *Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica* y otras bajo la autoría de *Embarazo y Parto Sagrado Costa Rica*.

## 6.1. Macroestructura semántica del discurso del MCPH/R

Recordemos que la macroestructura semántica es el conjunto de temas que componen el discurso y le dan coherencia (van Dijk, 2009). De acuerdo con la muestra analizada, y como se observa en la Tabla 1 los temas del discurso del MCPH/R son el parto humanizado/respetado, el parto medicalizado, el parto como expresión de poder, los saberes de las doulas y parteras, la salud de las mujeres y la política feminista sobre el parto y la maternidad.

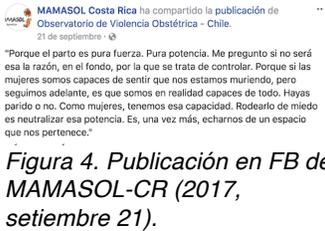
*Tabla 1. Temas del discurso del MCPH/R según publicaciones en Facebook.*

<b>Temas</b>	<b>Cantidad de publicaciones</b>
Parto humanizado/respetado y sus ventajas	13
Parto medicalizado/intervenido y sus problemas	11
Parto como expresión de poder	9
Saberes de doulas y parteras	7
Actividades y postulados sobre salud de las mujeres	5
Política feminista (necesidad de ampliar discusión sobre parto y maternidad)	1

*Fuente: elaboración propia.*

De manera que el tema central en el discurso del MCPH/R es “el parto”, que está presente en 32 de las 46 publicaciones. El tema “parto” se compone de 3 macroproposiciones, las cuales a su vez se componen de una serie de proposiciones, tal y como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Macroestructura semántica del discurso del MCPH/R.

Tema del discurso: <b>EL PARTO</b>		
MACROPROPOSICIONES		
<b>El parto humanizado/respetado es idóneo</b>	<b>El parto medicalizado es problemático</b>	<b>Parir es poder</b>
<b>PROPOSICIONES</b>		
<p>El parto humanizado respeta el proceso natural del cuerpo.</p> <p>En un parto humanizado/respetado la mujer es protagonista de su proceso.</p> <p>El parto humanizado/respetado es un derecho universal.</p> <p>El parto humanizado/respetado es un asunto de salud pública.</p>	<p>El parto medicalizado implementa técnicas y métodos desaconsejados.</p> <p>El parto medicalizado tiene efectos negativos sobre la mujer y el bebé.</p> <p>El parto medicalizado violenta los derechos de las mujeres embarazadas.</p> <p>En los hospitales ocurre violencia obstétrica.</p>	<p>La mujer y su cuerpo tienen el poder de dar vida.</p> <p>La mujer debe empoderarse para el parto y la maternidad.</p> <p>El parto es poder y por eso quieren controlarlo.</p> <p>La mujer decide sobre su parto.</p>
<b>CANTIDAD DE PUBLICACIONES</b>		
12	11	9
<b>EJEMPLOS</b>		
<p><i>“Todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado”</i></p>  <p><i>Figura 2. Publicación en FB de EyNS-CR (2017, agosto 13).</i></p>	<p><i>“Por qué no se recomienda la manobra de Kristeller durante el parto...habitual en las salas de parto pero desaconsejada desde hace años por el riesgo para la salud de la madre y el feto”</i></p>  <p><i>Figura 3. Publicación en FB de EyNS-CR (2017, setiembre 23).</i></p>	<p><i>“Porque el parto es pura fuerza. Pura potencia... Porque si las mujeres somos capaces de sentir que nos estamos muriendo, pero seguimos adelante, es que somos en realidad capaces de todo”</i></p>  <p><i>Figura 4. Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, setiembre 21).</i></p>

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con estos resultados (Tabla 2), prácticamente la misma cantidad de publicaciones hace referencia al parto humanizado o respetado como paradigma positivo, como aquella que hace referencia al parto medicalizado o intervenido como paradigma negativo (13 y 11 respectivamente). Incluso varias de las publicaciones se refieren simultáneamente a uno como al otro. Esto sugiere que el discurso del MCPH/R podría construirse tanto sobre la propuesta (lo que *debe ser* el parto) como sobre la crítica a lo existente (lo que *es* el parto en el modelo medicalizado o tecnocrático)<sup>24</sup>.

También resulta significativo que solo una de las publicaciones sobre parto humanizado/respetado hace alusión expresa al *parto casero*. Esto podría responder al hecho de que para el MCPH/R “parto humanizado o respetado” no es sinónimo de “parto domiciliario” o “parto en casa”, lo cual resulta importante de considerar por cuanto buena parte de la crítica que se realiza desde la institucionalidad médica, y que está presente en las publicaciones en medios de comunicación, tiende a homologar la propuesta de parto humanizado o respetado con parto casero<sup>25</sup>.

Por otro lado, de las 46 publicaciones analizadas, 9 establecen una relación entre el constructo discursivo “parto” y el constructo discursivo “poder”. En ellas el poder es entendido ya sea como fuerza y capacidad (la mujer que pare es poderosa), ya sea como poder normativo o facultativo (las mujeres pueden -tienen el derecho a- decidir sobre su maternidad y su cuerpo). Sobre esta proximidad y sus implicaciones semánticas profundizo en la discusión de resultados.

Finalmente, 13 publicaciones de la muestra no hacen alusión directa al tema parto, pero sí a temas conexos: 7 publicaciones tratan del trabajo que realizan las doulas o parteras, 5 publicaciones hacen referencia a actividades y postulados en torno a la salud de las mujeres y 1 plantea la necesidad de que la política feminista amplíe la perspectiva sobre el parto, la lactancia y la maternidad. Esto quiere decir que en 13 publicaciones que no versan estrictamente sobre el parto se establece un vínculo entre el parto y los saberes de las mujeres que atienden partos humanizados/respetados, como analizo también en la discusión de resultados.

---

<sup>24</sup> Sobre esta forma de encuadrar el discurso me detengo en el Apartado 6.3.1. Marcas de modalidad.

<sup>25</sup> Ver notas de prensa: Ávalos (2016c), Ávalos (2016d), Ávalos (2016b), Ávalos, (2017b) y Ávalos (2017a).

Ahora bien, este discurso sobre el parto no presenta estos enunciados de manera literal, sino a través de una serie de recursos y herramientas lingüístico-discursivas. A continuación presento un análisis léxico-sintáctico del discurso del MCPH/R.

## **6.2. Estrategias discursivas del MCPH/R**

Con el fin de legitimar sus posicionamientos, los actores sociales buscan construir un discurso coherente y persuasivo, que integre sus causas y sus propuestas (Chihu, 2006). Para ello, implementan estrategias discursivas. van Dijk (2009) señala que las estrategias discursivas son formas sintácticas que portan ideología, maneras de ver y entender el mundo, y que sirven, por tanto, para alcanzar objetivos (políticos, sociales, psicológicos) y legitimar o deslegitimar acciones y actores sociales (Reisigl y Wodak, 2001).

A continuación, analizo las principales estrategias discursivas presentes en el discurso del MCPH/R: estrategias referenciales o nominativas, predicativas, argumentativas, retóricas, de intensificación y de resemantización, siguiendo en buena medida la clasificación propuesta por Reisigl y Wodak (2001) y por Wodak (2003).

### **6.2.1. Estrategias referenciales**

Recordemos que las estrategias referenciales o nominativas son formas que se utilizan en el discurso para nombrar o designar a las personas o las entidades (Reisigl y Wodak, 2001). En las 46 publicaciones analizadas, el sujeto más referenciado es el sujeto “mujer”, o “mujeres”. Como se observa en la Tabla 3, de las 23 referencias directas al sujeto mujer, 12 asocian a la mujer con fuerza, poder y sabiduría (“guerreras de amor”, “capaces de todo”, “poderosa”, “mamífera todopoderosa”, “de gran sabiduría”, “la que sabe”, “que se sana a sí misma”, entre otras), 5 tienen una carga semántica neutra (embarazadas, informadas), 4 la consideran sujeto de derechos (con derecho a vivir un parto respetado, con derecho a decidir sobre su cuerpo), 1 tiene una carga semántica que remite a vulnerabilidad (es fácil y rentable asustar a las mujeres), y 1 hace la asociación explícita “mujer-madre”.

Tabla 3. Referencias a sujeto “mujer” en el discurso del MCPH/R, según publicaciones en Facebook.

Referencias a sujeto <i>mujer/mujeres</i>	Cantidad
Mujer - ser dotado de fuerza, poder y sabiduría	12
Mujer - embarazada, informada	5
Mujer - sujeto de derechos	4
Mujer - ser susceptible de ser asustada	1
Mujer - madre	1
Total de referencias	23

De esta manera, **la estrategia nominativa que prevalece** (12 de 23) en el discurso del MCPH/R es la de referenciar al sujeto “mujer” como un sujeto con **capacidad(es): cuenta con poder y conocimientos**, puede dar vida y puede *ejercer* en el ámbito de la salud y de los procesos reproductivos. La siguiente publicación da cuenta de esta estrategia de referenciación:



Figura 5. Publicación en FB de MAMASOL-CR (2016, mayo 17).

Por otro lado, el discurso otorga predominio al sujeto “mujer/mujeres” (que aparece nombrada en 28 de las publicaciones) por sobre el sujeto “madre” (que aparece nombrada en 8 publicaciones). En tanto este es un discurso centrado en el parto, y por ende en el proceso a través del cual “la mujer” se convierte en “madre”, ¿por qué el emisor prefiere o elige nombrar a *la mujer* y no a *la madre*? Porque las facultades que asigna a ese sujeto preceden la experiencia del parto y no dependen de que esta experiencia se materialice. Veamos la siguiente publicación:

*si las mujeres somos capaces de sentir que nos estamos muriendo, pero seguimos adelante, es que somos en realidad capaces de todo. **Hayas parido o no. Como mujeres, tenemos esa capacidad.*** (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 21), (el resaltado es mío).

Como se observa, la estrategia referencial consiste en presentar a las mujeres como sujetos con un poder consustancial a ellas: la capacidad de dar a luz. Es un poder con el que cuentan, inherente a su condición de mujeres, independientemente de que lo hayan ejercido o no. Y esta forma de referirse a *ellas*, quienes son además las interlocutoras del discurso, puede resultar muy efectiva en tanto estrategia de apelación, pues entonces el discurso no solo interpela a las madres, sino a todas las mujeres, las que son madres, las que potencialmente podrían serlo, las que no lo son.

### 6.2.2. Estrategias predicativas

Recordemos que las estrategias predicativas son formas discursivas a través de las cuales se asignan cualidades o características particulares a las personas, los lugares o las cosas (Reisigl y Wodak, 2001). Como se observa en el Cuadro 6, el discurso del MCPH/R utiliza de manera vigorosa (en al menos 40 ocasiones) formas predicativas para asignar atributos al parto en función del paradigma de atención empleado: cualidades positivas al constructo *parto humanizado/respetado* y cualidades negativas al constructo *parto medicalizado*.

Cuadro 6. Características atribuidas al parto según modelos de atención, en el discurso del MCPH/R.

Parto humanizado/respetado	Parto medicalizado
<p>“proceso sagrado y único”  “nacimiento maravilloso”  “respetado y seguro”  “atención respetuosa, segura e (sic) amorosa”  “pura fuerza. Pura potencia”  partos <b>saludables y respetados</b>”  “necesidad global”.</p>	<p>partos se “medicalizan <b>innecesariamente</b>”  “parto <b>medicalizado</b>” produce miedo y “estrés <b>impresionantes</b>”  “partos <b>traumáticos</b>”  significa un “<b>riesgo</b> para la salud”  “<b>potente</b> droga” (pitocín) usada de “manera <b>rutinaria</b>” y no como “<b>último</b> recurso”  “cesáreas <b>innecesarias</b>” “de manera <b>arbitraria</b>”  la “cesárea <b>no-justificada</b>”, de la que ha habido un “aumento <b>injustificado</b>”  “violación <b>absoluta</b> de consentimiento”  “violencia <b>obstétrica</b>”  “violencia <b>machista</b>”  “los cambios son <b>necesarios</b>”.  “hospital [tiene] poder <b>absoluto</b>”  “trato <b>infantilizador</b>”</p>

Fuente: elaboración propia.

En este discurso se emplean figuras retóricas que, como veremos en el apartado de estrategias retóricas, sirven también para reforzar el sentido de oposición entre ambos constructos discursivos, haciendo evidente la tensión existente entre los dos modelos de parto.

### 6.2.3. Estrategias argumentativas

Estas estrategias son formas lingüísticas que buscan legitimar el discurso a través la argumentación racional y apelando al sentido común y a las representaciones sociales preexistentes. En el discurso del MCPH/R, se expresan a través de *topoi* y de la argumentación científica.

#### 6.2.3.1. Los *topoi*

Los *topoi* son enunciados argumentativos que remiten a creencias compartidas y socialmente legitimadas (van Dijk, 2000). Los *topoi* permiten conectar argumentos a través de los ámbitos semióticos y sociales (Blackledge, 2005), y así legitimar o deslegitimar a las personas, los eventos o las cosas (Reisigl & Wodak, 2001). En el

apartado de estrategias referenciales explicaba que en el conjunto de publicaciones analizadas se hace referencia a la “mujer” o las “mujeres” y no así a la “madre” o “las madres”. Esto podría indicar que el sujeto central en el discurso del MCPH/R es la “mujer” y no “la madre”. Pero también podría significar que más bien el discurso homologa el constructo “mujer” con el constructo “madre”, y por eso está más presente el primer término.

El *topos* de la maternidad como condición consustancial a la mujer se expresa de maneras más o menos explícitas en la muestra analizada. En la publicación “*Círculo de Mujeres Mujer-Madre-Vida. Reunidas para compartir esta hermosa energía maternante*”. (EyNS-CR, 2017, julio 20), no solo se refuerza el constructo de la *maternidad naturalizada* sino que además se referencia como algo que es “hermoso”.

En dirección contraria, resulta significativa la presencia de argumentos que lejos de reproducir *topoi* más bien los subvierten. Es lo que he decidido llamar “*contra-topoi*” es decir, enunciados que intentan desplazar o revertir creencias y representaciones sociales en torno a un tema, en este caso, el parto. Esta categoría puede resultar útil para analizar estrategias argumentativas presentes en discursos disruptivos, alternativos, contra-hegemónicos, que buscan justamente posicionarse en la esfera pública ya no solo cuestionando una idea o creencia, sino sustituyéndola por otra. Veamos en el Cuadro 7 su aplicación a la muestra analizada.

*Cuadro 7. Contra-topoi presentes en el discurso del MCPH/R y topoi que buscan subvertir.*

<b>Topos (discurso hegemónico del parto)</b>	<b>Tipo</b>	<b>Contra-topos (discurso del MCPH/R)</b>
Parir produce miedo, estrés y angustia.	<i>Topos de realidad.</i>	Las mujeres podemos parir sin miedo, si nos empoderamos.
El parto “normal” es el parto en hospital.	<i>Topos de realidad.</i>	El parto “normal” es el parto sin intervención o respetado.
Las mujeres deben parir tumbadas.	<i>Topos de ventaja o utilidad.</i>	Las mujeres pueden parir en cualquier posición.
La cesárea es indicador de modernidad y desarrollo.	<i>Topos de ventaja o utilidad.</i>	La cesárea es indicador de subdesarrollo.
Parto casero es inseguro, peligroso y “algo de hippies”.	<i>Topos de peligro y amenaza y topoi de responsabilidad.</i>	El parto casero es seguro y óptimo, si se toman las medidas necesarias.

*Fuente: elaboración propia, con base en categorización de Wodak (2003).*

Los *contra-topoi* enlistados arriba están presentes de manera sostenida, aunque enunciados de formas distintas, en el discurso del MCPH/R. Veamos dos publicaciones que ilustran, la primera, el contra-topos “*El parto casero es seguro y óptimo, si se toman las medidas necesarias*”, y la segunda, “*La cesárea es indicador de subdesarrollo*”.



Figuras 6 y 7. Publicaciones en FB de MAMASOL-CR (2017, setiembre 10) y EyNS-CR (2017, agosto 12).

De esta manera, a través de este mecanismo discursivo del *contra-topoi*, el discurso del MCPH/R busca desmitificar el parto medicalizado y con ello desarticular representaciones sociales que considera obsoletas o contraproducentes en relación con el parto.

### 6.2.3.2. La argumentación científica como estrategia

De acuerdo con la muestra analizada el discurso del MCPH/R expresa una paradoja en su relación con la retórica científicista-racionalista. Por un lado, aparecen publicaciones en las que mediante la argumentación racional y el uso de datos, y utilizando el léxico de la disciplina médica, se busca demostrar que la información brindada está basada en la evidencia científica, y que por lo tanto, el parto humanizado/respetado no constituye una prácticaseudocientífica, como podría inferirse de los cuestionamientos planteados desde el discurso hegemónico institucional.

Una de las publicaciones analizadas incluso lo expresa literalmente: “*Cómo promover un parto respetado basado en la evidencia científica*” (Anidar, 2016, mayo 3).

Por otro lado, a la vez que utiliza la argumentación *científica* como estrategia discursiva, el MCPH/R comparte publicaciones donde más bien cuestiona ese discurso científicista/racionalista. Los siguientes ejemplos que ilustran los dos polos de esta paradoja discursiva.



Figuras 8 y 9. Publicaciones en FB de EyNS-CR (2017, setiembre 24) y MAMASOL-CR (2016, junio 23).

En el primer caso (Figura 8), se cuestiona directamente la implementación “arbitraria, injustificada y por rutina” de algunas técnicas en los hospitales y se señalan sus efectos negativos en la salud materno-infantil. Para ello, se utiliza el léxico propio de la medicina: “inducciones”, “extracciones instrumentales”, “episiotomía”, unidades neonatales”, “morbilidad materno-infantil”. En la segunda publicación (Figura 9), se cita directamente el discurso médico para cuestionarlo, e incluso se refiere a los argumentos de los médicos como “mentiras”.

#### 6.2.4. Estrategias de intensificación

Recordemos que las estrategias argumentativas y predicativas pueden presentarse con niveles de graduación para reforzar los enunciados (Wodak, 2003). En la muestra analizada hay al menos 26 enunciados donde se implementan estrategias de intensificación, ya sea para reforzar argumentos -por lo que se combinan con

estrategias argumentativas- ya sea para reforzar estrategias predicativas, es decir, para intensificar características particulares. Como se observa en el Cuadro 8, en algunos casos este objetivo se alcanza a través del uso de superlativos o de adverbios de tiempo, en otros reforzando adjetivos calificativos y en otros remozando estrategias argumentativas o predicativas.

*Cuadro 8. Estrategias de intensificación empleadas en las publicaciones en Facebook del MCPH/R.*

<b>Mecanismo de intensificación</b>	<b>Presencia en publicaciones*</b>
Uso de superlativos	"información <b>valiosísima</b> ", "vale <b>muchísimo</b> la pena", " <b>muchísimo</b> gusto y gratitud".
Uso de adverbios de tiempo	... <i>las doulas <b>siempre</b> existieron y <b>nunca</b> existió un diploma que las acreditara.</i> (MAMASOL-CR, 2016, febrero 28).
A través de calificativos de cantidad, tamaño o grado	" <b>más</b> respetuosa", " <b>muchas</b> enfermedades", " <b>mucho</b> cariño", " <b>muy</b> grande", "tan reiterada", mujer de <b>gran</b> sabiduría", " <b>potente</b> droga", "un corazón <b>gigante</b> ", "un corazón <b>enorme</b> que multiplica <b>exponencialmente</b> ".
Reforzamiento de estrategias argumentativas	<i>Cada vez <b>más</b> casos de la <b>tan reiterada</b> violencia obstétrica.</i> (Anidar, 2016, mayo 11).  <i>El <b>índice alto</b> de cesáreas es un indicador de subdesarrollo y no lo contrario.</i> (EyNS-CR, 2017, agosto 12).
Reforzamiento de estrategias predicativas	<i>El útero maravilloso! Dador de vida, placer, amor, expansión es en ocasiones <b>tan desconocido</b>!!</i> (EyNS-CR, 2016, junio 22).  <i>Que las menores de 18 años sean programadas para cesárea automáticamente es una <b>violación absoluta</b> de consentimiento.</i> (MAMASOL-CR, 2017, octubre 20).

Fuente: elaboración propia.

\*Los resaltados son míos.

### 6.2.5. Estrategias retóricas

El uso de tropos como metáforas, hipérbolos y sinécdoques está muy presente (en al menos 36 ocasiones) en la muestra analizada. En el discurso del MCPH/R esta estrategia retórica tiene varias funciones. La principal es asociar el constructo discursivo *parto respetado* o *humanizado* con imágenes retóricas "positivas" o "bellas", como se observa en las publicaciones 1, 2, 3 y 4 del Cuadro 9.

Cuadro 9. Muestra de tropos presentes en las publicaciones en Facebook del MCPH/R.

	Publicación*	Tropos
1	<i>Las mujeres...tenemos una mente poderosa capaz de <b>redireccionar el mundo entero</b>; un corazón enorme que <b>multiplica exponencialmente</b> su capacidad de amar...</i>	Hipérbole (y estrategia de intensificación).
2	<i>...un <b>útero majestuoso que puede crear, albergar y nutrir...</b></i>	Sinécdoque de la parte por el todo: "útero" por "cuerpo" u "organismo".
3	<i>...así como un par de pechos que sin importar su tamaño, <b>hacen brotar chorros del más delicioso e invaluable oro líquido</b>. (Anidar, 2016, agosto 22),</i>	Metáfora: "oro líquido" por "leche materna".
4	<i><b>Mi cuerpo se abre, mi mente se aquieta, mi bebé desciende... Aquí lo espero, al otro lado de mi piel. Lo recibo en mis brazos, se acomoda en mi pecho y lloramos juntos, celebrando el encuentro.</b> (MAMASOL-CR, 2017, octubre 14).</i>	Sinécdoque del todo por las partes: "mi cuerpo" por "mi vagina". Metáfora: "mente" por "ansias", "piel" por "exterior" o "fuera del cuerpo".
5	<i>Que las menores de 18 años sean programadas para cesárea...es poner en riesgo su salud y la de su bebé <b>por el resto de su vida</b>. (MAMASOL-CR, 2017, octubre 20).</i>	Hipérbole
6	<i>Porque el parto es pura fuerza. Pura potencia...<b>Rodearlo de miedo</b> es neutralizar esa potencia. (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 21).</i>	Metáfora
7	<i>Si bien dar a luz es de <b>la mujer</b>, es de todos nacer. (Anidar, 2015, mayo 18).</i>	Sinécdoque de singular por plural

Fuente: elaboración propia.

Los resaltados son míos.

Estas figuras retóricas sirven para describir el embarazo, la lactancia y la maternidad como un proceso disfrutable, placentero, e incluso trascendental. Así por ejemplo, el término "disfrutar", asociado al proceso de embarazo y parto aparece 4 veces en las publicaciones analizadas.

En la publicación 4 del Cuadro 8, la sinécdoque y la metáfora sirven para describir el parto como un acto de celebración. En el enunciado, el o la bebé llora no como reflejo fisiológico, sino para celebrar el nacimiento. El dolor, la sangre y otros aspectos biológicos y emocionales asociados al parto ni siquiera se mencionan. El lenguaje poético busca persuadir apelando a las emociones y los sentimientos.

En esta misma línea, el discurso en cuestión se intersecta con una retórica de “lo sensorial”, “lo no racional” asociada a prácticas físico-emocionales-espirituales de salud no convencionales (como la yoga y las medicinas alternativas) y a elementos esotéricos, místicos y espirituales. Veamos unos ejemplos:

**-Confiar en nuestra intuición y aprender a fluir con la vida y los procesos\***. (Anidar, 2017, setiembre 26).

**-La Abuelita Tonalmitl... abuela de la danza de la luna\*** en México y Costa Rica... *mujer medicina de muchas mujeres*. (Anidar, 2016, marzo 12).

**-Las mujeres fuimos creadas con un brillo especial otorgado de lo alto\*** que nos caracteriza. (Anidar, 2016, agosto 22).

**-Parir es parte de nuestra naturaleza poderosa y divina\***. (MAMASOL-CR, 2016, mayo 17).

\*Los resaltados son míos.

Ahora bien, las metáforas, sinécdoques o hipérboles no solo cumplen esa función de embellecer el parto humanizado/respetado y dotarlo de ese contenido semántico místico/sensorial/esotérico. También sirven en el discurso para reforzar argumentos racionales, como se puede observar en las publicaciones 5, 6 y 7 del Cuadro 8.

Por otro lado, la ironía como recurso retórico también está presente en la muestra analizada. Los siguientes dos enunciados lo ejemplifican:

*-...y todos sabemos que mágicamente el día que cumples 18 años tu capacidad de parir se activa*. (MAMASOL-CR, 2017, octubre 20)

*-Dar a luz en casa no es algo de hippies. También las princesas y las mujeres informadas elijan (sic) el hogar*. (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 10).

Finalmente, la metáfora más empleada en la muestra analizada es “dar a luz”, la cual aparece 6 veces. Esta predominancia en el discurso del MCPH/R del constructo discursivo “dar a luz” no es casual, como explico en el siguiente apartado.

#### **6.2.6. Estrategias de resemantización**

El discurso del MCPH/R prioriza el uso del constructo “**dar a luz**” por sobre otros como “parir” (predominante en el léxico médico institucionalizado), como una estrategia retórica por la vía del eufemismo. “Parir” es un término que se asocia al dolor, la sangre, los gritos, el llanto, mientras que “dar a luz” remite al nacimiento como

acto creativo, luminoso, en síntesis, a la creación de la vida. Al respecto, la partera Rebecca Turecky se pregunta: *“si el español tiene esa expresión tan hermosa, tan poética de “dar a luz”, ¿por qué no vamos a usarla?”* (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). Ella también destaca el valor semántico de la diferenciación de los verbos *parir* y *nacer*, a diferencia del inglés que posee uno solo (*birth*) para describir ambos procesos. El español, afirma esta partera del MCPH/R, permite honrar la experiencia de la mujer y la experiencia del bebé, pues estamos hablando de dos personas que participan del acto.

El uso de estos términos de manera reiterada constituye una estrategia léxico semántica que permite resemantizar el constructo discursivo “parto”. A partir de esta *resemantización*, el parto deja de ser aquel proceso doloroso, en el que la mujer experimenta miedo y desconocimiento de lo que sucede, en el que es atendida de manera impersonal (“parto medicalizado”) y hasta violenta (“violencia obstétrica”), para convertirse en un proceso respetado por el entorno, donde la atención es humanizada (“parto respetado/humanizado”), pero además la experiencia es disfrutable, placentera, -como mostré arriba-, donde la mujer es la protagonista y logra, finalmente, “dar a luz”.

En este proceso de resemantización del parto, las parteras y doulas del MCPH/R utilizan en su práctica obstétrica términos distintos a los empleados en la jerga médica convencional:

*Durante el proceso hablamos de “mujeres” y no de “usuarias”, “parturientas” ni “primigestas”... Yo cuido mujeres, no pacientes. Mi rol es de guardiana; yo soy guía, consejera, guardiana de su proceso... Para que pueda fluir el proceso fisiológico yo protejo ese espacio. La idea de tratar pacientes es el modelo médico. Hablar así implica que a la mujer se le está considerando enferma por esta embarazada... Otra expresión que no empleamos es “se mejoró”. Nosotras decimos “dio a luz” pero no “se mejoró”. ¿Se mejoró de qué? ¿Acaso está enferma?* (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

La doula Natalia Del Valle lo entiende así: *“el lenguaje del modelo tradicional médico ubica a la mujer como paciente, el embarazo como enfermedad, nosotras utilizamos otros lenguajes que facilitan el descubrir tu capacidad y tu poder”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). El Cuadro 10 recoge algunos de los términos y expresiones resemantizadas en el discurso del MCPH/R.

Cuadro 10. Términos y expresiones empleadas en la atención del parto hospitalario y del parto humanizado/respetado.

Término de uso común hospitalario	Término/expresión empleado por el MCPH/R <sup>26</sup>
Paciente, primigesta, multigesta, múltipara, usuaria, mamita, gordita	Mujer, mujer que da a luz
Mejorarse	Dar a luz
Labor de parto	Alumbramiento
Producto, feto	Bebé, niño, niña
Complicaciones	Circunstancias especiales
Contracciones	Olas uterinas

Fuente: Elaboración propia.

Así, las parteras del MCPH/R no utilizan los términos “feto” o “producto”, porque “¿cuál palabra es más representativa de la industrialización del parto que referirse a un bebé como ‘producto’, ‘producto único masculino’? Yo escribo ‘nació un niño, vivo, sano’” (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). En este viraje discursivo se expresa una crítica, que en ocasiones se hace manifiesta, al lenguaje predominante del discurso hegemónico<sup>27</sup>.



Figura 10. Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, diciembre 11).

<sup>26</sup> Si bien algunas doulas y parteras utilizan la expresión “olas uterinas” para referirse a las contracciones, “alumbramiento” en lugar de “labor de parto” o “circunstancias especiales” en vez de “complicaciones”, no existe consenso en el movimiento acerca de si emplear términos eufemísticos para referirse al dolor y al trabajo inherente al proceso fisiológico del parto constituya una estrategia acertada.

<sup>27</sup> La expresión “cesáreas innecesarias” también expresa esta crítica no solo del lenguaje medicalizado, sino del modelo mismo de parto medicalizado, que promueve las cesáreas. Incluso el movimiento internacional creó una canción que lleva como título “cesáreas innecesarias”, que forma parte de la Campaña inne-CESAREA.org (2012).



Figura 11. Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, agosto 18).

Como consta en la publicaciones anteriores (Figura 10 y 11), la crítica no viene sola, sino que se hace acompañar de la contrapropuesta, de esa *otra* manera de entender el parto y nombrar a la mujer que da a luz. Así, el discurso del MCPH/R pone de manifiesto esa pugna por el sentido, esa tensión que se expresa en el lenguaje mismo, así como la conciencia que tiene este movimiento social acerca del lugar que ocupa el lenguaje en los procesos de transformación de las prácticas y representaciones sociales.

Pero el cuestionamiento al lenguaje hegemónico en torno al parto y la resemantización del mismo no paso solamente por el empleo de una *nueva nomenclatura sobre el parto*<sup>1</sup>, sino también por cambiar la manera en que se recoge la información acerca del parto y se relata la experiencia:

*El expediente médico niega el papel de la mujer al referirse a ella como 'gesta 4, con su cerviz dilatada a tanto, con los latidos a tanto'. Yo le digo a mis estudiantes que en la Caja en ningún momento obligan a usar ese tipo de lenguaje medicalizado; lo acostumbran pero no lo obligan. Entonces les propongo que cuando describan en el expediente lo que sucede durante el parto, empiecen con el nombre de la mujer que está pariendo. No se trata de que la máquina dice que hay contracciones fuertes. No, es ¿qué siente ella? 'Ella, durante la labor, hizo esto y esto'. Es decir, honrar en mi expediente las fortalezas, las cualidades de **ella** durante su proceso. Es importantísimo para la historia de ese parto, es una historia que se está escribiendo, una historia que*

*no se va a olvidar por el resto de la vida de la mujer y ¡qué lindo más adelante poder compartir con su bebé esa información!: ‘ella empezó a sentir así, ese fue el ambiente, esas fueron las cualidades admirables de la mujer, y nació un niño o una niña’. Uno puede cambiar la forma de registrar la experiencia para humanizar, para no olvidar. (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

Así la narrativa, el relato (y los relatos) sobre el parto también ocupa un lugar significativo en ese proceso de resignificación. No por casualidad la página web de la Asociación Mamasol (mamasol.com) recoge relatos de partos, tanto violentos como respetados, ocurridos en hospitales y en casas.

Hasta acá he examinado las estrategias discursivas implementadas por el MCPH/R. Ahora bien, estas estrategias se despliegan en el discurso a partir de un punto de vista elegido por quien lo emite. En el siguiente apartado, procedo a analizar las marcas de modalidad en el discurso de este movimiento social.

### **6.3. El encuadre discursivo del MCPH/R**

En este apartado me interesa reconocer la perspectiva a partir de la cual el MCPH/R enmarca su discurso, es decir, determinar si el discurso se emite desde un lugar de saber y certeza, de confianza en la verdad del enunciado expresado (modalidad epistémica) o si se formula desde un lugar del deber ser, de cómo se debe actuar frente a una situación (modalidad axiológica) o si se expresa desde una postura de obligación, de lo que se tiene que hacer (modalidad deóntica).

Este análisis permitirá establecer si el parto humanizado/respetado es una sugerencia que el emisor hace a partir de su conocimiento (es algo que debe implementarse porque responde a la verdad, la lógica, a criterios científicos sobre el parto), a partir de juicios de valor (es algo que debe hacerse porque además de que tiene sentido lógico, es bueno para la madre y el niño) o de un criterio de obligatoriedad (no puede ser de otro modo). Para ello recorro a la categoría de las marcas de modalidad catalogadas por Bybee y Fleischman (1995) y a los aportes de van Dijk (2009) sobre estrategias y movimientos en el discurso político.

### 6.3.1. Marcas de modalidad:

De acuerdo con los resultados encontrados, y como se observa en la Tabla 4, en solo 6 de las 46 publicaciones analizadas la marca de modalidad que prevalece es la deóntica: en ellas se exige de manera imperativa que se actué de una determinada manera; en 8 publicaciones la marca de modalidad que encuadra el discurso es la epistémica: en ellas se ofrecen sobre todo razonamientos y datos que por un lado justifican el parto humanizado/respetado y por el otro desaconsejan la intervención médica innecesaria; 6 publicaciones no están marcadas por ninguna de estas modalidades y finalmente la marca de modalidad prevaleciente, en 26 publicaciones, es la axiológica, ya que además de aportar argumentos acerca de las formas correctas e incorrectas de atender el parto, se emiten juicios de valor acerca de cómo deben y cómo no deben *hacerse las cosas*.

Tabla 4. Prevalencia de marcas de modalidad en publicaciones en Facebook.

Marca de modalidad	Prevalencia en publicaciones
Axiológica	26
Epistémica	8
Deóntica	6
Ninguna	6
Total de publicaciones	46

Fuente: elaboración propia.

Este hallazgo sobre la predominancia de la modalidad axiológica refuerza lo que planteaba en el apartado sobre la macroestructura semántica del discurso del MCPH/R: ésta se sostiene de manera casi equivalente tanto sobre la denuncia y la crítica a lo existente (el parto medicalizado), como sobre la propuesta de la alternativa o solución: el parto humanizado/respetado. He aquí (Figura 12) un ejemplo de publicación marcada por la modalidad axiológica:



Figura 12. Publicación en FB de MAMASOL-CR (2017, agosto 30).

En el discurso MCPH/R se indica entonces lo que debe hacerse en relación con el parto y asuntos afines, con base en una serie de criterios racionales pero también morales, afectivos, subjetivos. Esto se explica por cuanto se trata del discurso de un movimiento social que está buscando convencer sobre la necesidad de cambiar la perspectiva sobre el parto, y para ello, no puede limitarse a ofrecer datos estadísticos o a hablar desde un lugar de certeza o de verdad, sino que, como vemos en el ejemplo anterior, debe conectar y enriquecer esa perspectiva “objetiva” con principios, valores morales y emociones: el respeto por los derechos humanos y por la vida, la seguridad de la madre y la familia, el amor, la confianza.

### 6.3.2. Otras estrategias de encuadre:

Este enmarcado se hace acompañar de otros mecanismos discursivos que buscan reforzar la coherencia semántica y hacer convincente la propuesta, así como otorgar legitimidad al sujeto que la emite. Con base en las definiciones de van Dijk (2009) he detectado las siguientes: autoridad, consenso, obligación y comparación. El Cuadro 11 explica e ilustra estos movimientos.

Cuadro 11. Mecanismos de reforzamiento de encuadre presentes en el discurso del MCPH/R.

Mecanismo de encuadre	Definición	Publicaciones*
Autoridad (o falacia de autoridad)	Cuando en el discurso se hace referencia a una persona o institución con credibilidad o autoridad para reforzar el punto de vista que se expresa.	<p><i>Este es el motivo por el cual la <b>Organización Mundial de la Salud (OMS)</b> elaboró 16 recomendaciones muy importantes que deberían ser conocidas por todas las embarazadas. (EyNS-CR, 2017, agosto 13).</i></p> <p><i>Entrevista a <b>Michel Odent... uno de los obstetras más reconocidos del mundo...</b> asegura que la parafernalia médica, lejos de ayudar a las mujeres a parir, les produce un miedo y un estrés impresionantes. (Anidar, 2017, agosto 10).</i></p>
Consenso	Donde no habiendo consenso social sobre un asunto, se presenta una postura como concerniente a todo el planeta.	<p><i>El parto es <b>un asunto de salud pública...</b> Si bien dar a luz es de la mujer, <b>es de todos nacer.</b> (Anidar, 2015, mayo 18).</i></p> <p><i><b>Todas las mujeres</b> tienen el derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado. (EyNS-CR, 2017, agosto 13).</i></p>
Obligación	Cuando en el discurso se busca enfatizar que no se es libre para decidir si se elige una opción en particular, sino que se trata más bien de una necesidad u obligación impostergable.	<p><i>La primera hora después del nacimiento importa. <b>Qué (sic) no nos separen!!</b> (EyNS-CR, 2017, agosto 3).</i></p> <p><i><b>#no más violencia#, #25N# Ni una menos muerta, acosada, irrespetada durante el parto por violencia machista!</b> (MAMASOL-CR, 2017, noviembre 24).</i></p>
Comparación	Se refuerza o justifica un posicionamiento es Se compara una situación, acción o proceso con otro, con el objetivo de reforzar o justificar un posicionamiento.	<p><i><b>Como alternativa</b> a la presión ejercida de manera externa, se recomienda y se sugiere que se haga lo posible por aprovechar la ley de la gravedad: si una mujer se tumba el bebé no cae hacia el exterior, sino que cae hacia la columna de la madre...y el camino hacia el exterior se hace más difícil. (EyNS-CR, 2017, setiembre 23).</i></p>

Fuente: elaboración propia, con base en categorías definidas por van Dijk (2009).

\*Los resaltados son míos

Una vez observado el encuadre discursivo del MCPH/R, procedo a analizar los lugares que ocupan y los roles que asumen en este discurso los distintos actores sociales vinculados con el parto.

#### 6.4. Estrategias de representación y transitividad en el discurso del MCPH/R

Desde la perspectiva del ACD, las maneras en que los actores son representados en el discurso, los roles que estos actores asumen y las relaciones que establecen entre ellos no son casuales, sino que responden a elecciones que el emisor del discurso realiza, y por ello a criterios subjetivos. La presencia y la ausencia de actores dentro del discurso, la forma tácita o explícita de darles un lugar, la ubicación de *actores agentes* o de *actores pacientes* en función de la acción que se ejecuta, los roles que con frecuencia se le asignan a ciertos actores y a otros no, son todos recursos discursivos que en su conjunto constituyen las estrategias de representación y de transitividad que implementa el sujeto enunciador del discurso.

El siguiente cuadro (12) resume los aspectos que consideré a la hora de determinar, clasificar y analizar las estrategias de representación y transitividad presentes en la muestra.

*Cuadro 12. Categorías utilizadas en el análisis de las estrategias de representación y transitividad.*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
Acción	Cuál es la acción ejecutada dentro del texto, que se puede sintetizar a través de un verbo en infinitivo.
Representación de la acción	Cómo esa acción es representada en el texto, cómo se expresa.
Agente	Quién ejecuta la acción, es decir, quién es el actor agente.
Paciente (Beneficiario o víctima)	Quién recibe la acción o sus efectos, es decir, el actor paciente, y si en esa <i>recepción</i> , el actor asume el rol de beneficiario o víctima.
Otros actores	Cuáles otros actores participan de la acción ejecutada, ya sea de aliados o de adversarios del actor agente.

*Fuente: elaboración propia, con base en categorías analíticas propuestas y/o aplicadas por Mills (1993), Simpson (1993), Richardson (2007) y Tristán (2015).*

A partir de los ítems que componen el cuadro anterior, a continuación doy cuenta de los principales actores sociales e institucionales que aparecen en el discurso del MCPH/R, el rol que ocupan y las relaciones que establecen entre ellos.

#### 6.4.1. Actores presentes y roles atribuidos en el discurso del MCPH/R

Como muestro en la Tabla 5, con base en la muestra analizada y de acuerdo con la frecuencia con que aparecen, los actores sociales, políticos e institucionales que están presentes en el discurso del MCPH/R son fundamentalmente las mujeres, los médicos y las representantes del MCPH/R (incluidas doulas y parteras).

*Tabla 5. Presencia de actores sociales en el discurso del MCPH/R, según publicaciones en Facebook.*

<b>Actor social</b>	<b>Veces que aparece</b>	<b>en rol agente</b>	<b>en rol paciente (beneficiario)</b>	<b>en rol paciente (víctima)</b>
Mujeres (embarazadas, en proceso de parto, ellas, bebés y familias)	41*	18	30	13
Médicos, personal y sistema hospitalario	13	13	0	0
MCPH/R (doulas, parteras y organizadoras de actividades)	17	16	1	0
El público	4	0	4	0
Sociedad	4	4	3	0

*Fuente: elaboración propia.*

*\* El total de veces que aparece el actor social "mujeres" no coincide con la suma que aparece en rol agente y en rol paciente porque este actor social asume con frecuencia un rol simultáneo de agente-paciente, tal y como que explico en el texto.*

Las mujeres son, sin lugar a dudas, el actor social predominante en el discurso del MCPH/R: aparece en 41 de las 46 publicaciones analizadas. Es, en términos narrativos, la protagonista del relato. Pero, ¿se trata de una mujer agente, es decir, un sujeto con capacidad de agencia, que asume roles activos y ejecuta acciones, o es por el contrario una mujer paciente, que recibe ya sea los efectos beneficiosos o perjudiciales de otros actores sociales? De acuerdo con los resultados encontrados, las mujeres aparecen en un rol agente en el discurso del MCPH/R en 18 ocasiones, en un rol paciente donde recibe beneficios de la acción en 30 ocasiones y en 13 ocasiones es víctima de la acción ejecutada.

Cuando las mujeres asumen un rol de agente en el discurso (18 publicaciones), ejecutan acciones como dar a luz, buscar, exigir y experimentar un parto humanizado/respetado, compartir con otras mujeres y sanarse a sí misma y a otras. Quienes reciben los efectos positivos de sus acciones son, en la mayoría de los casos (17 de 18 publicaciones) las mujeres mismas y sus bebés y familias, es decir, son beneficiarias de sus propias acciones. Solo en un caso la mujer puede ser considerada víctima de sí misma, y es justamente cuando duda de su capacidad de dar a luz. Estos hallazgos resultan particularmente interesantes, por cuanto permiten constatar la coherencia semántica del discurso, en la línea de que: *cuando una mujer asume su parto y se empodera, se beneficia a ella misma y a su entorno.*

Cuando el actor *mujeres* asume el rol de *paciente-beneficiario* (30 publicaciones), quienes ejercen la acción que impacta positivamente a las mujeres son las mujeres mismas (como mencioné antes), seguidas del MCPH/R. En efecto, en el total de los casos, cuando la acción es ejecutada por el movimiento social o alguno de los actores que lo integran (parteras, doulas, activistas) ésta beneficia a las mujeres y su entorno.

Finalmente, cuando las mujeres asumen un rol de *paciente-víctima* (13 veces), reciben los efectos negativos de acciones ejecutadas por médicos, el personal de salud y el sistema hospitalario. En otras palabras, en el total de las veces en que los médicos y el personal hospitalario asumen un rol agente, las mujeres reciben efectos negativos de dichas acciones.

En síntesis, en el discurso del MCPH/R, los actores sociales que realizan acciones beneficiosas para las mujeres en sus procesos de embarazo y parto son las mujeres mismas, así como las parteras y doulas, y quienes establecen con ellas una relación de *victimario-víctima* son los médicos, el personal hospitalario y el sistema biomédico. A la vez, las mujeres asumen un doble rol en el discurso del MCPH/R, como actor agente y como actor paciente. Ellas asumen un rol activo cuando se empoderan para dar a luz, y un rol pasivo cuando sus partos son intervenidos por el personal hospitalario.

#### 6.4.2. Identificación entre el sujeto que enuncia y el sujeto enunciado

Otra de las estrategias de representación presentes en el discurso del MCPH/R es la identificación que se establece entre el sujeto emisor del mensaje y el sujeto a quien se envía o comparte el mensaje a través de un “nosotras” común: las mujeres. En 12 de las 46 publicaciones en FB esta identificación es explícita. Veamos algunos ejemplos:

*-Porque si **las mujeres somos capaces\*** de sentir que nos estamos muriendo, pero seguimos adelante, es que **somos\*** en realidad capaces de todo.* (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 21).

*-La primera hora después del nacimiento importa. Qué (sic) **no nos separen\*!!*** (EyNS-CR, 2017, agosto 2).

*-Parir es parte de **nuestra\*** naturaleza poderosa y divina ... y **todas merecemos\*** atención respetuosa, segura e (sic) amorosa* (MAMASOL-CR, 2016, mayo 17).

\*Los resaltados son míos.

Como se puede apreciar, este recurso tiene una función doble en el discurso: sirve para representar al sujeto “mujer” en tanto actor social y político (con capacidades, con agencia, que exige el respeto por sus derechos), como para generar identificación y empatía entre el sujeto que enuncia y el sujeto interpelado en el mensaje. Así, en este discurso, *somos todas mujeres, pertenecemos a un colectivo que nos une, que nos identifica y por eso nos entendemos.*

Esta estrategia permite propiciar un sentido de pertenencia hacia el colectivo “mujeres” y, a manera de arrastre, hacia el MCPH/R. En otras palabras, el mensaje que el MCPH/R envía a las mujeres interlocutoras -en la disputa discursiva sobre los modelos de parto-, podría resumirse así: *mujeres, unámonos, nosotras las que atendemos partos respetados, y ustedes las que pueden vivir sus partos respetados, porque somos de las mismas, somos lo mismo.*

#### 6.4.3. Identificación de un adversario común

La estrategia descrita arriba es reforzada por el mecanismo de combinar una (re)presentación positiva del *nosotros* con una (re)presentación negativa del *otro* o de los *otros*, polarizando así a los actores sociales en lo que van Dijk (2009) denomina el endogrupo y el exogrupo. En el caso que compete acá y según los ejemplos del apartado anterior, *nosotras, las mujeres* (el endogrupo) debemos unirnos frente a

quienes *nos separan de nuestros bebés*, es decir, el personal de salud de los hospitales, los médicos (el exogrupo).

*Cuadro 13. Muestra de publicaciones donde emerge la confrontación endogrupo-exogrupo.*

1	<i>Algunas de las mentiras que <b>los médicos</b>* (sic) en Costa Rica han llegado a decir a las mujeres para convencerlas a programar una cesárea no-justificada. (MAMASOL-CR, 2016, junio 23).</i>
2	<i><b>Vámonos, guerreras*</b> de amor...<b>exigimos*</b> nuestros derechos, merecemos atención respetuosa. (MAMASOL-CR, 2016, mayo 17).</i>
3	<i>...<b>luchar*</b> por las mujeres, bebés y familias de Costa Rica. (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 18).</i>
4	<i><b>Seguimos luchando*</b> para que toda madre, bebe y familia puedan recibir la óptima calidad de atención en el parto. (MAMASOL-CR, 2017, agosto 30).</i>

*\*Los resaltados son míos.*

Como muestro en el Cuadro 13, en algunos casos ese adversario es representado de manera explícita y negativa (publicación 1), mientras en otros su presencia es tácita (publicaciones 2, 3 y 4). En ocasiones la batalla contra *ese otro* se hace manifiesta al punto de utilizar un estilo confrontador e incluso belicista (publicaciones 2, 3 y 4).

#### 6.4.4. Impersonalidad como estrategia de transitividad

Ahora bien, la batalla frente a ese *otro* no siempre es frontal. Según la muestra analizada, en el discurso del MCPH/R es reiterativo el uso de formas indirectas, impersonales o pasivas para referirse a *aquellos* que realizan las prácticas médicas consideradas como negativas en el discurso. Veamos algunos ejemplos del total de 18 publicaciones donde se implementa esta estrategia:

*-En los hospitales **se utiliza\*** una droga [que] se la aplican a las mujeres... cuando no existe indicaciones reales. (EyNS-CR, 2017, setiembre 20).*

*-Importantes avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia... **se han vuelto\*** en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera arbitraria... para cumplir con determinados protocolos hospitalarios. (EyNS-CR, 2017, setiembre 24).*

*-Que las menores de 18 años sean programadas\* para cesárea automáticamente es una violación absoluta de consentimiento, y es poner en riesgo su salud y la de su bebé por el resto de su vida. (MAMASOL-CR, 2017, octubre 20).*

(\*los resaltados son míos).

No se nombran centros hospitalarios específicos, ni médicos o funcionarios de salud particulares. El adversario (el personal hospitalario, el médico, el sistema biomédico) está presente en el discurso y es confrontado, pero sin ser acusado de manera explícita.

#### **6.4.5. Internacionalismo como estrategia de representación**

La estrategia del internacionalismo, reseñada por van Dijk (2009), sirve para posicionar una perspectiva como legítima por cuanto el actor social no es el único ni está solo ni actuando a partir de un limitado marco de interés local, sino que responde a una suerte de sentido compartido a nivel global. También es un mecanismo útil como forma de autopresentación positiva. Veamos algunos ejemplos donde este mecanismo cobra vida en el discurso del MCPH/R:

*- II Marcha por un parto respetado. 17 de mayo 2016. Desde el Parque La Merced hasta la CCSS-San José. Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé. Semana mundial por el parto respetado. (MAMASOL-CR 2016, mayo 17).*

*-Desde España, pero todo igual en Costa Rica. (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 27).*

*-III Encuentro Latinoamericano de Doulas y Parteras. San José, Costa Rica. (Anidar, 2015, setiembre 10).*

*-Taller: Parto Respetado y Seguro: una necesidad global. A cargo de Cristina Alonso de México. (Anidar, 2017, abril 28).*

El mecanismo de apelar al carácter internacional del movimiento que promueve el parto humanizado/respetado para reforzar la legitimidad del discurso del movimiento local está presente en 11 de las 46 publicaciones analizadas.

## **6.5. Otros rasgos léxico-semánticos del discurso del MCPH/R**

### **6.5.1. El lenguaje género-sensitivo**

El uso del lenguaje género-sensitivo es irregular en el discurso del MCPH/R. En la muestra analizada solamente una publicación hace uso de la arroba como forma sintáctica de lenguaje inclusivo, mientras que en 6 publicaciones hay ausencia de lenguaje género-sensitivo en enunciados donde podría estar presente. Ahora bien, como planteé en el apartado de estrategias referenciales o nominativas, la gran mayoría de publicaciones habla sobre las mujeres y/o está dirigida a las mujeres, por lo que los enunciados están contruidos utilizando el género femenino, lo que podría explicar la poca presencia de formas sintácticas explícitas de lenguaje inclusivo. Ahora bien, en al menos 13 publicaciones se incluyen expresiones que podemos asociar a una retórica feminista, lo que representa no solamente un rasgo discursivo (como analizo en la discusión de resultados), sino también identitario y constitutivo de este movimiento social<sup>28</sup>.

Ahora bien, como bien explica Violi (1991), el lenguaje sexuado responde a una organización semántica profunda, de manera que las categorías léxico-gramaticales son solamente su expresión más evidente. De tal manera que no podemos asumir que la priorización de ciertas formas lingüísticas género-sensitivas en un discurso automáticamente lo descarga de su capacidad de reproducir ciertas representaciones sociales sexistas o prejuicios y estereotipos de género, lo que hace aún más pertinente el análisis crítico y feminista del discurso.

### **6.5.2. El parto humanizado/respetado: una categoría polisémica**

En el sitio web y la página de FB de la Asociación Mamasol lo llaman indistintamente “parto humanizado” y “parto respetado”, en la de Anidar lo llaman “parto respetado” y en la de Embarazo y Parto Sagrado Costa Rica lo nombran “parto respetado” y “parto sagrado”. El uso de varios términos da cuenta del carácter polisémico del concepto, pues no todos los colectivos ni todas las activistas lo entienden de la misma manera, ni le asignan exactamente los mismos rasgos. Este no

---

<sup>28</sup> Ver apartado 5.4.4. El encuadre feminista como rasgo identitario ideológico/identitario del MCPH/R.

es un fenómeno exclusivo del movimiento social costarricense. Fornes (2010), por ejemplo, sostiene que a lo interno del movimiento argentino por la humanización del parto existen negociaciones constantes y fluctuantes por el sentido que se asigna a la categoría parto humanizado/respetado.

Mientras para la doula R. Pacheco “parto humanizado” y “parto respetado” son sinónimos (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018), el colectivo Mamasol utiliza más el término “humanizado” y la Asociación Anidar más el término “respetado”. Por su parte Natalia Del Valle considera que el término “humanizado” remite a la intervención humana en el parto, a la “culturalización” del parto, y en ese sentido, *“no necesitamos humanizarlo más”*, por lo que desde su perspectiva el término “respetado” es *“más cercano a lo que hacemos, considerando el parto como un evento fisiológico de mamíferos, perfecto, diseñado por la naturaleza”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). En última instancia, según esta doula y antropóloga,

*no hay un solo lenguaje como no hay una forma de parto respetado. Hay muchas expresiones y maneras de vivirlo... Lo que une a las diferentes tendencias es una reverencia por el parto, el respeto absoluto por la mujer y su cuerpo, esas ganas de honrar lo femenino.* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

El discurso del MCPH/R, en permanente construcción, refleja a su vez a un movimiento que problematiza de manera permanente su lugar de enunciación, sus planteamientos, postulados y principios, es decir, que no se enmarca en verdades o certezas inamovibles. De ahí que no existan grandes definiciones “escritas en piedra” sobre lo que significa *sí o sí* el parto respetado o humanizado.

## **6.6. El parto en clave del MCPH/R: síntesis de los resultados**

Hasta acá he dado cuenta de los principales componentes del discurso del MCPH/R: los temas que lo conforman, las principales estrategias discursivas que en éste se despliegan, los puntos de vista desde donde se emite, los actores sociales presentes, sus roles y las relaciones que entre estos se establecen. *El parto* es el tema principal del discurso de este movimiento social y se expresa fundamentalmente en

hacer visible la antinomia *parto humanizado/respetado-parto medicalizado* y en enunciar el *parto como una expresión de poder*.

Para hacer evidente esta tensión entre dos modelos de parto y afirmar que el parto humanizado/respetado es el modelo idóneo, este discurso utiliza una serie de estrategias en las que presenta argumentos racionales y científicos a favor del parto humanizado/respetado y de los saberes de las doulas y parteras que lo implementan, pero a la vez utiliza figuras retóricas para *embellecerlo* y conectar este constructo discursivo con una retórica que apela a elementos emocionales y espirituales.

Además, emplea otras estrategias argumentativas para desmitificar el parto medicalizado y con ello desarticular representaciones sociales que considera obsoletas, como el uso de “*contra-topoi*”, es decir, enunciados que intentan desplazar o revertir creencias y representaciones sociales sustituyéndolas por otras.

El discurso del MCPH/R recurre también a estrategias discursivas para referenciar a la mujer como un sujeto con derechos y capacidad de agencia, que cuenta con poder y conocimientos y que por tanto puede guiar procesos reproductivos. A través de todos estos mecanismos, dicho discurso articula un proceso de resemantización del parto encaminado a dar vida y legitimar su propuesta: el parto humanizado/respetado.

Por otro lado, este discurso, que proviene de un movimiento social que cuestiona *el estado de las cosas* en materia de parto, se emite desde un lugar de conocimiento y desde una postura del *deber ser*, que enmarca una *manera correcta de hacer las cosas* en torno al parto.

Además, el discurso del MCPH/R gira fundamentalmente en torno al actor social *mujer*, quien asume tanto un rol de agente como un rol paciente en dicho discurso. Cuando las mujeres asumen un rol de agente, ejecutan acciones beneficiosas para sí mismas. Por el contrario, cuando las mujeres asumen un rol paciente, establecen una relación de victimario-víctima con los médicos, el personal de los hospitales y la sociedad machista.

Finalmente, en el discurso del MCPH/R se concibe *el parto* como una expresión de poder, que tiene que ver con el *cuerpo* de las mujeres y con los *saberes* obstétricos. La relación entre el constructo discursivo *parto* y los constructos: *cuerpo, poder y saber*, es lo que analizo en la discusión de resultados.

## **7. DE LA LITOTOMIA A LA LIBRE POSICION: TENSIONES E INTERACCIONES ENTRE DOS MODELOS DE PARTO**

Como sostenía en el capítulo anterior, el discurso del Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado (MCPH/R) no es unisémico, como tampoco debe serlo el discurso del parto institucionalizado. Al ubicar dos discursos y dos modelos de parto no estoy desconociendo el carácter vivo, dinámico y complejo de la realidad, los fenómenos sociales y los discursos. Pero analizar las maneras en que las prácticas socio-discursivas representan y construyen la realidad es en buena medida un ejercicio de abstracción y de simplificación.

Bajo este entendido, a continuación describo y analizo las principales interacciones que se establecen actualmente entre el discurso hegemónico del parto medicalizado intrahospitalario (enunciado por las autoridades médicas y el personal de salud, y reproducido por los medios de comunicación) y el discurso disruptivo y subalterno del parto humanizado o respetado (enunciado por el movimiento social). Para esto, me baso fundamentalmente en las entrevistas realizadas a doulas y parteras representantes del movimiento social y a personal de salud sensibilizado con el paradigma del parto humanizado/respetado.

El capítulo consta de seis apartados. En el primero se describen las principales resistencias que la institucionalidad erige frente a las propuestas del movimiento que promueve el parto humanizado/respetado. En el segundo se exponen los acercamientos y condescendencias del movimiento para con el sistema médico institucional y en el tercero las tensiones que surgen y expectativas que se tejen en la interacción entre el movimiento social y la institucionalidad. En el cuarto se da cuenta de la discusión inacabada acerca de dónde deben parir las mujeres. En la quinta parte se expone la forma en que el poder obstétrico es ejercido en las maternidades y en la sexta y última se presenta una síntesis de los resultados.

### **7.1. Resistencias del sistema de parto institucionalizado a los planteamientos del MCPH/R**

Como vimos en los capítulos anteriores, uno de los pilares identitarios y discursivos del MCPH/R es la resistencia, la subalternidad y la contrahegemonía. Ahora bien, en la relación socio-discursiva que el movimiento establece con otros actores

sociales y políticos, se expresan no solo las resistencias que el movimiento social establece para con el modelo hegemónico de parto, sino también las intransigencias que el sistema institucionalizado de parto muestra para con el discurso del movimiento social. ¿En cuáles aspectos el sistema biomédico se niega a escuchar los planteamientos del MCPH/R o a considerar sus prácticas? ¿hasta dónde llegan las tensiones entre ambos actores sociales a partir de estos distanciamientos y confrontaciones?

Los resultados que iré punteando son producto de las entrevistas realizadas, por lo tanto responden a la perspectiva y percepción de las representantes del movimiento social y algunas personas profesionales del ámbito institucional aliadas al movimiento. De acuerdo con los datos recabados, no es posible establecer que el sistema biomédico de salud se encuentre en diálogo abierto con los planteamientos del movimiento, pero tampoco se deduce que exista una resistencia total. Así por ejemplo, mientras para el enfermero obstetra Eduardo Hernández (Comunicación personal, 6 de marzo de 2018), hay un relevo generacional y poco a poco se van haciendo algunas mejoras en la atención del parto, para la médica Ileana Quirós (Comunicación personal, 2 de marzo de 2018), a pesar de las normas y guías de atención del parto que ha venido aprobando la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), nada ha cambiado con respecto a las últimas décadas.

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 sigue teniendo dificultades para, en primer lugar, **considerar el embarazo como proceso fisiológico y natural y no como patología, y reconocer el protagonismo de la mujer que da a luz.** De acuerdo con el análisis realizado en el capítulo anterior, en el discurso del MCPH/R el parto es entendido como un proceso fisiológico y natural, que debe evitar intervenirse en la medida de lo posible. Igualmente, en este discurso la *mujer que da a luz* es referenciada no solo como un sujeto de derechos sino con capacidad de agencia y que cuenta con poder y conocimientos suficientes para conducir su parto de manera protagónica.

En contraste, según los resultados obtenidos, en el sistema de salud se resisten a entenderlo desde esa perspectiva, pues siguen considerando que *“el embarazo es una enfermedad que hay que controlar lo más pronto posible y acabar con ella. Hay médicos que le van a decir que la primera causa de muerte de las*

*mujeres es el embarazo*” (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018), y esto tiene que ver con un error en el abordaje: *“la obstetricia y la ginecología se estudian desde la enfermedad, cuando el 90% de los procesos reproductivos tienen que ver con la salud”* (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

Es por eso que a pesar de lo que dictan los lineamientos en cuanto al lugar central y activo que ocupa la mujer que da a luz en el proceso de parto, al día de hoy los partos son atendidos en la mayoría de hospitales dentro del esquema de la medicalización, en el que el cuerpo de la mujer es considerado dócil, enfermo, y que por tanto debe ser intervenido para que la mujer “se mejore”.

En segundo lugar, el sistema se niega a **incorporar dentro de la formación académico-profesional la perspectiva del parto humanizado/respetado**. Todas las personas entrevistadas coinciden en que el gremio que más se resiste a poner en cuestión la práctica obstétrica es el médico, no solo en la práctica profesional sino desde la formación académica. Así por ejemplo la partera y obstetra R. Turecky hace una distinción entre la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR), que ha ido mostrando una tímida apertura hacia los planteamientos del MCPH/R, mientras que el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Escuela de Medicina de la UCR mantienen un límite hasta el momento infranqueable (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).

También encuentran diferencias entre profesionales de enfermería formados en la UCR y en universidades privadas, pues estos segundos reciben una formación *“todavía más clínica y reproducen una atención más medicalizada”*, mientras que la formación humanista que obtienen en la UCR les permite a las enfermeras tener una mayor receptividad a la propuesta del MCPH/R (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018). Sin embargo, este interés que expresan algunas profesionales de la enfermería obstétrica no se ha oficializado en términos de incorporar cambios en los planes de estudio de la carrera. En este aspecto de la formación no aparecieron referencias sobre las escuelas de medicina.

Las personas entrevistadas también señalan que la *“extrema especialización”* promovida por las escuelas de médicos no permite una mirada integral del parto y en general de los procesos reproductivos, sino más bien su segmentación (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018). Esto se ve materializado en las salas de parto de las maternidades, en donde el proceso de parto está dividido o

compartimentado: sala de labor, sala de expulsivo o quirófano, sala de recuperación, de manera que la mujer cuando da a luz es atendida en distintos espacios físicos y por distintas personas (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018), lo cual contrasta con el modelo de parto humanizado/respetado, en el que la mujer es atendida y acompañada por el mismo equipo y en un único espacio (a menos que deba ser trasladada al hospital por alguna complicación).

En tercer lugar, el sistema biomédico no parece **asimilar los conceptos y terminología que emplea el MCPH/R**. Como planteé en el capítulo 6, el movimiento social emplea conceptos como “parto humanizado” o “parto respetado”, entre otros, y también nombra la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). Por su parte el Colegio de Médicos “reconoce la influencia en el país de una corriente que propone "humanizar el parto vaginal" (Ávalos, 2017a). Sin embargo, el personal de salud no termina de mostrarse cómodo con este lenguaje promovido por el movimiento social:

*hay gente en las salas de maternidad a la que le choca el término ‘parto humanizado’. Les molesta como si se les estuviera acusando de ser inhumanos: ‘entonces... ¿yo que he estado atendiendo? ¿monos?’... Cuando ya se empezó a hablar de ‘parto respetado’, el concepto fue un poco más acorde (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).*

En el caso del concepto de *violencia obstétrica*, la norma más reciente de la CCSS sobre parto, que es el *Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto, posparto... 2017*, no reconoce el término, como tampoco lo hace el proyecto de ley (Nº 21057) presentado por la diputada Franggi Nicolás y redactado en conjunto con la CCSS y el INAMU. En general, la CCSS prefiere abordar el tema en términos de promover “buenas prácticas”<sup>29</sup> y una “atención calificada del parto”, como consta en el documento del modelo de atención mencionado. Además, de las 19 normas vigentes en materia de salud materno-infantil, solo una menciona muy brevemente la “atención humanizada” (Blanco, 2019, enero 28).

---

<sup>29</sup> Algunas de estas “buenas prácticas” adoptadas por la CCSS son: “reforzamiento de la hidratación con paletas y bolis, cortinas para proteger la intimidad de la paciente y sillas para el acompañante, permitir acompañamiento de la mujer, instalación de aire acondicionado, música y esferas para facilitar la relajación, esencias, duchas con agua caliente, entre otras (Solís, 2018).

En contraste, la Sala Constitucional sí ha enunciado la violencia obstétrica y la atención humanizada del parto. En el fallo 3354-2015, en respuesta a un recurso de amparo interpuesto por una mujer usuaria del servicio de obstetricia de la CCSS, este tribunal determinó que “los hechos denunciados encajan dentro de lo que modernamente se ha determinado el derecho contra la “violencia obstétrica”, como una forma de violencia de género y en general, de violación a los derechos humanos” (Sala Constitucional, 2015a). Ese mismo año, por sentencia número 2015-1127, la Sala IV también exigió a un hospital estatal que ofreciera a una mujer que solicitaba una cesárea (porque tenía un embarazo de un bebé con malformaciones incompatibles con la vida), una vía de parto que no comprometiera su salud integral “y que sea lo más humanizada posible” (Sala Constitucional, 2015b).

Finalmente, el sistema biomédico se niega a **reconocer valor en el modelo de partería y a las doulas y parteras como sujetos de conocimiento**. Recordemos que el discurso del MCPH/R se emite desde un lugar de autoridad y conocimiento, que dicho discurso encuadra el parto humanizado o respetado como la *manera correcta de hacer las cosas* y que utiliza estrategias tanto argumentativas como retóricas para posicionar a las doulas y parteras como sujetos portadoras de gran conocimiento. El gineco-obstetra Freddy Pérez sostiene que múltiples estudios demuestran que la labor de parto con una doula genera confianza en la mujer y eso contribuye significativamente en que la labor tienda a acabar en parto normal, natural, fisiológico: “Uno como médico lo ve, con una doula las cosas fluyen mucho mejor”. Sin embargo, agrega, “el sistema en Costa Rica no lo entiende y no las reconoce; incluso confunden ‘doula’ con ‘partera’, creen que una doula tiene que ver con el mecanismo de parto, en vez de entenderlo como una asistencia emocional” (F. Pérez, comunicación personal, 7 de marzo de 2018). Este médico considera que no debe satanizarse a las parteras, sino más bien reconocer que “*tienen un saber que es empírico, descubierto a partir de la observación y de tradición, de la práctica, y saben qué hacer y qué no hacer. Las parteras que yo conozco trabajan muy responsablemente*”. (F. Pérez, comunicación personal, 7 de marzo de 2018).

Sin embargo el sistema hospitalario suele rechazar la presencia de doulas y parteras en las salas de parto, y cuando éstas logran ingresar, no pueden participar en el proceso de atención, sino que deben mantenerse al margen y en silencio. Durante su charla ofrecida en la VI Feria de Parto Respetado, Vanessa Cavallini narra cómo

cuando llegó a parir al hospital privado acompañada por su doula Natalia Del Valle, tuvo que ser *“muy enfática en que quería que Natty se quedara conmigo... Pero las enfermeras parecían molestas con su presencia... Y una en esos momentos no quiere que eso pase, quiere paz y tranquilidad”* (Cavallini, 2018, mayo 27).

Para la médica y doula Yaliam González, este menosprecio tiene origen en la percepción médica de que *“esos saberes no sirven para nada... Se ve como muy de brujas... El sistema debería incorporar lo bueno de cada saber...A mí me costó aceptarlo hasta que lo vi en mi propia experiencia personal”*. (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

De acuerdo con las investigaciones consultadas, esta construcción socio-discursiva en torno a las parteras y las doulas no es exclusiva de Costa Rica. Al respecto, Argüello-Avendaño y Mateo-González, (2014), encuentran que en el contexto discursivo de los organismos internacionales existe un paralelismo sorprendente entre los discursos de descalificación de la partera del siglo XVIII y el de la actualidad: a pesar de que en muchos países las instituciones de salud siguen recurriendo a las parteras en los lugares donde no cuentan con suficiente personal y de que a lo interno de dichos organismos existen visiones encontradas en cuanto al valor de la partería en los sistemas de atención del parto, sigue predominando la perspectiva de considerar a las parteras personal no calificado para atender partos, *“incapaces de aprender las habilidades necesarias a pesar de que se les "instruya””, al punto de que se les ha ido excluyendo incluso “de su papel de puente con el sistema sanitario”* (p.25).

En el ámbito costarricense se confirma esta tendencia: de acuerdo con el material consultado, puedo concluir que no existe actualmente ninguna política pública, normativa ni iniciativa tendiente a considerar o reconocer la figura de la partera o de la doula dentro del modelo de atención del parto, ni dentro ni fuera de los hospitales. Pero la institucionalidad en salud no se limita a descartar la partería como esquema posible de atención de los nacimientos, como explico a continuación.

## 7.2. La expresión extrema del rechazo al MCPH/R: el hostigamiento

Todas las parteras y doulas entrevistadas expresaron haberse sentido hostigadas y perseguidas, y los profesionales en salud que se identifican con este movimiento social reconocieron formas en que este hostigamiento se materializa. Según la doctora Ileana Quirós, cuando las mujeres deciden tener un parto en casa y llegan a inscribir al bebé al Registro Civil, o llegan al hospital para ponerle sus vacunas, *“no solo las regañan sino que les mandan trabajo social ‘por negligencia’”* (Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018). Para esta salubrista pública, quien coordinó el equipo que elaboró la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto (CCSS, 2009) no se aplican las mismas normas para la atención intrahospitalaria del parto que cuando el parto es atendido fuera del sistema:

*A una partera se le muere un bebé o una mujer y la encarcelan, pero aquí en Costa Rica en los hospitales se nos están muriendo mujeres. ¿Por qué no investigan en el Hospital de Heredia, que es donde más se mueren las mujeres? Nadie ve la mortalidad en los hospitales... Yo supe de una señora que le explotaron el útero con oxitocina. Tengo 27 años de trabajar en la Caja, y no puedo concebir que pasen estas cosas.* (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

La doula y antropóloga N. Del Valle considera que *“hay confrontación desde que hay persecución de nuestra práctica”*, recordando cuando el Ministerio de Salud llamaba a las parteras para advertirles que sabían lo que estaban haciendo. Desde su perspectiva, *“en los últimos años el ataque al movimiento se ha acentuado... descalificando nuestra práctica, malinformando y cuestionando nuestros métodos”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). Efectivamente, este hostigamiento no se reduce al ámbito institucional. Notas y reportajes de prensa como los citados a lo largo de esta investigación, así como el reportaje titulado *“Partos caseros toman fuerza en el país”* (2019, Ramírez), realizado por Noticias Repretel, contribuyen a promover y perpetuar prejuicios y estereotipos sobre el parto humanizado/respetado y quienes lo promueven.

El siguiente relato de la partera Rebecca Turecky ilustra este argumento:

*Cuando voy a entrevistas a la radio, los periodistas me atacan, porque están escuchando los argumentos de los médicos, quienes también atacan basados en ignorancia, defensa de su poder y arrogancia; desde ahí es que están juzgando el trabajo de las parteras. También juzgan a las mujeres y a las familias que eligen el parto en casa. Argumentan que son irresponsables; que podrían demandarnos por negligencia, por poner en riesgo la vida del bebé. ¡Están locos! ¡Estas mujeres están más informadas que cualquier periodista e inclusive que cualquier médico! Es su parto, es su bebé, es su familia. Están protegiendo la salud de su familia y son valientísimas para ir contra corriente. (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

Quizás el caso más emblemático de esta dinámica de acorralamiento hacia la práctica obstétrica extrahospitalaria es el del doctor Freddy Pérez. Como mencioné en el capítulo 5<sup>30</sup>, este médico gineco-obstetra está siendo investigado por el Colegio de Médicos a raíz de una denuncia interpuesta por una funcionaria del Ministerio de Salud por supuestamente ofertar servicios de parto en agua y promover la intervención de doula en el parto (2017, Departamento de Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos, Expediente N. 112-2017).

En su detallada respuesta a la denuncia presentada en su contra, el Dr. Pérez reporta sus atestados académicos y profesionales, así como su vasta experiencia en atención de la salud de la mujer como ginecólogo y obstetra. También hace constar que sus consultorios están debidamente autorizados por el Ministerio de Salud y manifiesta que “dicha denuncia se limita a realizar generalizaciones y apreciaciones subjetivas sin concretar hechos y conductas sancionables”. Además, precisa que allí no realiza procedimientos quirúrgicos ni atiende partos, sino que cuando acompaña mujeres en la fase latente de parto, ya sea en su consultorio o en el hogar, a menudo utiliza el agua como método de relajación y “en la mayoría de los casos trasladamos a la sala de parto privada donde realizamos el parto una vez alcanzada la fase activa”. Aclara que con este método “incluso he logrado partos espontáneos con mitigación del dolor y obteniendo el máximo beneficio del agua”.

---

<sup>30</sup> Ver apartado 5.1.3. Marco legal/institucional y social del parto en Costa Rica.

En su documento de defensa el médico también manifiesta:

Me llama la atención **el hostigamiento por parte del Ministerio de Salud** hacia mi persona por ejercer de la mejor manera posible mis labores... Las técnicas que utilizo provienen de una práctica basada en evidencia y respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según las últimas tendencias mundiales en pro de la embarazada y su hijo(a). (2017, Respuesta a denuncia, Expediente N. 112-2017).

Efectivamente, alega la doctora Ileana Quirós, *“hay un ambiente de confrontación... A mí me declararon non grata en el [Hospital] Calderón, porque usted no puede ir en contra”*. (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018). Por su parte la partera Rebecca Turecky expresa su temor de que el Colegio de Enfermeras le revoque su licencia y le prohíba ejercer la profesión (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018), mientras obstetra Eduardo Hernández externa su preocupación ante las gestiones que estaría realizando el Colegio de Médicos para prohibir el parto en casa (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).

A grandes rasgos, existen cuatro formas de resistencia: a) a reconocer el embarazo como proceso fisiológico y no como patología y el protagonismo de la mujer durante el parto, b) a validar algunos conceptos propuestos y empleados por el MCPH/R, c) a incorporar los planteamientos del movimiento en la formación académico-profesional y d) a conceder valor al modelo de partería y a las doulas y parteras como sujetos de conocimiento. Estas están todas asociadas entre sí y, junto con su manifestación más extrema, que es la persecución de las parteras, dibujan lo que Chihu (2006) llama “un proceso de enmarcado” en relación con el parto. En las luchas por la significación, de frente a los movimientos sociales, las instituciones suelen realizar estos procesos de enmarcado con el fin de “minar la legitimación del significado que el movimiento social atribuye a sus propios diagnósticos y a sus estrategias y propuestas de solución” (p.14). En el caso que compete acá, el enmarcado institucional establece un esquema predominante de parto, atravesado a su vez por relaciones de poder, jerarquías de género y de saberes, como desarrollo adelante.

### 7.3. Acercamientos del MCPH/R a la institucionalidad

A pesar de las resistencias mencionadas, el MCPH/R, que tiene entre sus objetivos lograr la universalización del parto humanizado/respetado, debe lidiar con el sector médico y la institucionalidad de manera estratégica. En ese intento de acercamiento, reconoce limitaciones materiales y algunos esfuerzos institucionales y particulares. De acuerdo con los resultados obtenidos, en primer lugar el MCPH/R ha dado un paso adelante al **reconocer las condiciones difíciles en los hospitales, la complejidad del sistema y algunos esfuerzos particulares**. Todas las personas entrevistadas reconocen que el sistema hospitalario de la CCSS es muy complejo y que esto se traduce en una serie de problemas de muy diversa índole. Consideran que en los hospitales se atiende a mucha población en instalaciones no siempre apropiadas y con personal insuficiente. Esto implica que el personal de salud no siempre cuenta con el tiempo necesario para atender las particularidades de cada mujer usuaria del servicio.

Algunas mencionaron también que existen diferencias entre los distintos centros hospitalarios y dentro del personal mismo, en cuanto a la calidad de los servicios y el trato hacia las mujeres. Todas ubican profesionales de salud específicos que en las distintas maternidades están intentando mejorar las condiciones en que las mujeres dan a luz y varias valoraron positivamente los esfuerzos que se están haciendo en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas y el Hospital de San Vito de Coto Brus, ambos situados, por cierto, fuera del Gran Área Metropolitana.

También han detectado que, frente al aumento de la demanda, en algunos hospitales se hacen mejoras de equipos y camas, pero se cuenta con el mismo personal. Esto deriva en que, aún conociendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y de la misma CCSS, se intervienen algunos partos con el fin de acelerarlos y así lograr atender la demanda.

Varias de las personas entrevistadas señalaron además que la jerarquización que existe entre los distintos profesionales y técnicos dentro de los hospitales dificulta el trabajo de aquellos profesionales que intentan cambiar las prácticas asociadas a los malos tratos, pues se arriesgan a recibir reprimendas. La doctora Ileana Quirós considera que el problema radica en que si bien *“hay profesionales que están a favor de*

*esto [humanizar el parto], hay una voz oficial que está equivocada” (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).*

En segundo lugar, se muestra una tendencia a **evitar promover la judicialización de la violencia obstétrica**. Las representantes del MCPH/R consideran que, si bien es válida y necesaria la denuncia de la violencia obstétrica, y respetan a las mujeres y familias que han decidido demandar a médicos por mala praxis, este no es su enfoque prioritario de trabajo:

*ese acercamiento a la denuncia desde la búsqueda de uno o muchos culpables no es un espacio de trabajo desde el que nosotras podamos partir. Porque esas posiciones no implican un empoderamiento de las mujeres sino que es más bien darle vuelta a la tortilla: ‘Usted médico, en cualquier momento lo metemos a la cárcel’...Es una especie de inversión de los poderes y lo que produce es un ‘curarse en salud’ de los trabajadores médicos: ‘Ah, bueno, si existe la posibilidad de que me denuncien por mala praxis entonces mejor hago cesáreas, para que no me acusen’...No todo es violencia obstétrica...Que el nicho, el ambiente es violento, pues sí, es violento. Pero hay cosas que no son violencia a ultranza sino condiciones del sistema (como parir en setiembre, el mes que más partos registra y estás cerca de muchas emergencias médicas y pocas camas). Es violento, claro, pero no es estrictamente violencia obstétrica. El terreno de la práctica médica es un terreno delicado. No siempre hay culpables cuando las cosas salen mal. La denuncia no puede ser el centro de la lucha (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).*

En este sentido, efectivamente el aumento del conocimiento de la violencia obstétrica provoca que ahora “*el personal en salud se frene por temor a una demanda*” (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018), pero no necesariamente responde a un cambio de paradigma. De manera que la violencia obstétrica no se erradica sino que cambia de forma (más cesáreas evitables, por ejemplo), como explica del Valle en la cita anterior.

En tercer lugar, el movimiento tiende a **reconocer la importancia de la ciencia en el abordaje del parto**. Recordemos que, de acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis del discurso del MCPH/R, éste emplea argumentos racionales y científicos a favor del parto humanizado/respetado como estrategia discursiva, con el objetivo de legitimar su discurso frente al sistema biomédico y presentarlo como un planteamiento acorde con los principios de la medicina basada en la evidencia científica y los conocimientos más actualizados en la materia.

Esta estrategia discursiva cobra vida en la práctica: le permite al movimiento acercarse al sistema y la institucionalidad médica “en los mismos términos”. Esto responde a la necesidad que el movimiento ha detectado de ir más allá de la presión y la confrontación, y apostarle al valor de la incidencia y el diálogo, con el objetivo de que *“el mundo médico vuelva los ojos al parto de una forma humanizada. Definitivamente es un aliado necesario al que estamos buscando llamar la atención”* (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018). De ahí los esfuerzos concretos que el MCPH/R ha realizado para desarrollar esfuerzos conjuntos, como describo adelante.

#### **7.4. Trabajando con la institucionalidad... decepciones y esperanzas**

En esa búsqueda por tender puentes con el sector médico, desde hace años organizaciones como la Fundación Previda y la Asociación Mamasol han ofrecido entrenamientos y talleres a prestadores de servicios de salud, esta última en el marco de la implementación de la Guía de Atención del Parto de la CCSS (mamasol, s.f.). También se desarrolló en 2017 el proyecto de acompañamiento a mujeres en pre-labor de parto, ejecutado por un grupo de doulas en el Hospital México, mencionado en capítulos anteriores. Su gestora, Rahel Pacheco, explica que éste surgió cuando una enfermera sensibilizada con el tema del parto humanizado/respetado les invitó para que fueran a dar una charla en el curso de preparación del parto que la CCSS ofrece. A partir de ese primer encuentro, la funcionaria les propuso *“que lleváramos la teoría a la práctica. Y así fue como logramos entrar al hospital”* (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018). Sin embargo, para esta doula, el trabajo en el hospital ha sido complicado:

*nos hemos topado con gente que no quiere colaborar para nada. Es un ambiente de serrucha-pisos, no se apoyan entre las mismas compañeras enfermeras. Cuando ella [la enfermera enlace] no está, cuesta mucho que lleven a las mamás donde nosotras para hacer la clase... Algunas enfermeras usan un tono burlesco, tipo “lo que están haciendo no sirve para nada”. A los médicos casi ni los vemos. No hay apoyo de parte de la institución, más bien ha habido resistencia.* (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018).

Al igual que esta activista del parto humanizado/respetado, el resto de las personas entrevistadas manifestaron conocer o haber experimentado las dificultades para avanzar en el desarrollo de procesos conjuntos entre el movimiento social y la

CCSS, y ubican dos tipos de actores internos en la institucionalidad: un grueso del personal de salud que no entiende la importancia de hacer transformaciones estructurales (esto incluye a las autoridades) y un sector minoritario de profesionales que sí ha desarrollado conciencia al respecto e incluso intenta generar los cambios. En este segundo grupo es que el MCPH/R mantiene los ojos y las esperanzas puestas: volviendo al caso del Hospital México, la enfermera enlace continuó haciendo esfuerzos para que ese plan piloto se convierta en un proyecto normado (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018). Igualmente, según la Asociación Mamasol, tras haber concluido un proceso de entrenamiento con enfermeras obstétricas de los cuatro principales hospitales de San José,

*nos dimos cuenta de que el cambio no será fácil. Sin embargo, conservamos las esperanzas y la determinación, y continuaremos siendo una fuente de apoyo tanto para los administradores y el personal de salud en el sistema de salud de la CCSS. (mamasol, s.f.).*

Esta esperanza no significa, sin embargo, que el movimiento desvíe su mirada acuciosa y crítica de los cambios que, según el discurso oficial de la CCSS, se han venido implementando. En el marco del *Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto, posparto...* la institución ha realizado mejoras de las condiciones de las salas de partos, que en términos materiales han significado una inversión superior a los 1 000 millones de colones (Solís, 2018). Pero todas las personas entrevistadas aseguran que estos nuevos lineamientos no se han traducido en una mejora significativa de la atención de los partos, salvo las excepciones mencionadas en el apartado anterior. Solamente dos de las personas entrevistadas (el enfermero obstetra Eduardo Hernández y la médica y doula Yaliam González) consideran que se han venido haciendo mejoras en la atención, aunque aducen que éstas podrían ser el resultado de la obligatoriedad de cumplimiento de la normativa y no un cambio en la cultura institucional y profesional. En otras palabras, se mantiene la brecha entre la norma y su aplicación, entre la teoría y la práctica.

En este sentido, quienes tienen más tiempo en el activismo mostraron cierta desesperanza en algunos momentos de las entrevistas, no en torno a las expectativas puestas en las mujeres, sino en cuanto a las posibilidades de transformación del sistema biomédico: *“¡Yo siento tanto rechazo del parto humanizado, y de lo que hacemos!...¡Tantas horas, tantos años de trabajo realizado, y el rechazo continúa!*

*Ahora se conocen más nuestros planteamientos, ¡pero también la resistencia es más fuerte!*” (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Esta mirada pesimista en cuanto a la implementación de las “buenas prácticas” en los hospitales contrasta con las expectativas puestas en las mujeres. El personal de salud entrevistado asegura que a pesar de los temores que cargan (a los malos tratos y al parto mismo) poco a poco las mujeres están llegando hoy más informadas que antes a los hospitales y exigen sus derechos:

*a pesar de que quien sigue dando la pauta es el personal de salud, cada vez más la mujer se involucra en tomar decisiones que la van a afectar y a su cuerpo. Las señoras llegan más empoderadas, más conscientes de sus derechos, pidiendo que las dejen tener a la pareja, caminar, preguntan más a los doctores que hace quince años.* (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).

Si bien atribuyen este adelanto en la exigibilidad de los derechos a diversos factores -entre ellos un mayor acceso a la información a través de internet-, también reconocen el mérito del movimiento social: *“este movimiento ha ayudado mucho a que ya se esté respetando el parto y que se quiera hacer cambios... sí creo que vamos por buen camino.* (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018). Colocándose en su lugar de prestatario del servicio obstétrico, Eduardo Hernández manifiesta: *“Yo creo que nosotros, **el personal médico, estamos aprendiendo más del movimiento de parto respetado que al revés...**”.* (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018). Por su parte la salubrista Ileana Quirós no solo reconoce el trabajo realizado, sino que identifica la importancia de la interlocución que el movimiento establece con las mujeres:

*Cuando empezamos a elaborar la guía para la atención integral del parto...las parteras nos pidieron que las dejáramos participar... Creo que fue la primera vez que incorporamos a la dinámica gente de afuera de la Caja... Entonces fue muy lindo, porque ellas no solo aportaban conocimiento sino que también **traían las voces de las mujeres.** Y eso enriqueció mucho el proceso. **Además, ellas daban a conocer afuera lo que estábamos haciendo, entonces las mujeres se empezaron a apropiarse de eso, y a decir “yo tengo derecho a parir diferente”.** (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).*

Obsérvese el rol que ha jugado el MCPH/R en los últimos años y en particular en el contexto descrito por quien en ese momento (2008-2009) coordinara el proceso de elaboración de la nueva normativa institucional sobre el parto: ellas, las parteras del

movimiento social, fueron quienes llevaron “las voces de las mujeres” al ámbito institucional, pero además quienes luego divulgaron esta nueva información a las mujeres. Es decir, el MCPH/R, en tanto sujeto político y actor social, acercando a las mujeres en sus procesos reproductivos a la política pública. En ese sentido, la partera y doula Rebecca Turecky, una de las pioneras del movimiento, no pierde la esperanza:

*De fijo este movimiento nuestro está modificando la forma en que la sociedad costarricense ve el parto y la maternidad. Yo tengo veinte años de decir lo mismo, lo mismo, lo mismo. En otros veinte años ya habremos cambiado: el abuso y el maltrato durante el parto va a ser historia del pasado. (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

En conclusión, frente a la necesidad de incidir en el modelo institucionalizado de parto, el MCPH/R ha venido reconociendo la complejidad del sistema, las condiciones difíciles en que se atienden los nacimientos en nuestro país y las buenas intenciones de algún sector minoritario de profesionales, ha evitado concentrarse en buscar culpables individuales de violencia obstétrica y ha validado la importancia del conocimiento obstétrico basado en la evidencia científica. Como parte de este esfuerzo, y aprovechando el interés de algunas enfermeras obstetras de la CCSS, doulas y parteras del movimiento han desarrollado proyectos de capacitación y sensibilización del personal y de apoyo directo a mujeres embarazadas y han incidido en la elaboración de política pública en el tema. Sin embargo, siguen considerándolas como acciones aisladas, ya que predominantemente el sistema rechaza su aporte y su presencia, lo que provoca desaliento en el movimiento social. Eso sí, las expectativas siguen puestas en las mujeres que van a dar a luz a los hospitales, quienes han ido reconociendo sus derechos y exigiendo que sean respetados durante la atención hospitalaria.

### **7.5. ¿Partos en casa, en casas de parto, en el hospital?**

Como explico en el capítulo 5, el parto humanizado/respetado no es sinónimo de parto en casa, sin embargo las autoridades médicas y la prensa han tendido a homologarlos. Para las representantes del MCPH/R así como para los personeros de salud entrevistados, lo que debe cambiar, más allá de dónde tenga lugar el nacimiento, es el paradigma de parto, la manera en que se aborda y entiende el proceso, y que esto debe hacerse no solo a la hora de la práctica obstétrica sino desde la formación académica.

Las personas del sector salud consultadas coinciden en que es necesario un proceso de desmedicalización de los partos normales o de bajo riesgo. Para estos profesionales, debería desarrollarse un sistema y una política pública que propicie que los partos de alto riesgo sean atendidos en los hospitales, y que los partos “normales” se atiendan en los Consejos de Atención Integral (CAIS), en “casas de parto”<sup>31</sup> como las que han desarrollado los sistemas sanitarios de otros países y en los mismos hogares.

En ese sentido, la doctora Quirós considera que el sistema debería asimilar a las parteras “*en lugar de perseguirlas*”, estableciendo un protocolo para que ellas puedan atender partos extrahospitalarios y trasladar a las mujeres a los hospitales en casos de emergencia. Esta salubrista pública considera que el sistema biomédico no ha integrado el modelo de partería en parte porque no lo entiende:

*El modelo de partería no es el modelo de la enfermería obstétrica ni de la ginecología: es un modelo en que la mujer que está pariendo no tiene que ir transitando por partes como pasa en el hospital, sino que es atendido por un solo proveedor, con quien usted tiene una relación empática... Es una cuestión centrada en las mujeres, no en defender los gremios. Es una visión integral del proceso que deberíamos tener todos. No es imposible de hacer, es voluntad política.* (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

El obstetra Eduardo Hernández vislumbra que las políticas públicas en salud se dirigirán hacia una paulatina desmedicalización del parto. Sin embargo, advierte, habría que empezar por derribar mitos dentro del personal de salud, porque:

*Cuando usted habla del parto en casa muchas compañeras [enfermeras] reaccionan como si estuvieran viendo al diablo... Pero yo soy pro parto casero, y espero que hacia eso vayamos, cuando el embarazo es normal y no hay riesgos, es el parto ideal.* (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).

Este enfermero, quien sostiene que es importante que en la atención del parto domiciliar se tomen todas las previsiones, entre ellas contar con equipos de monitoreo y hacer coordinaciones con el personal hospitalario para enfrentar complicaciones, ha estado trabajando junto con las parteras Mónica Miranda y Rebecca Turecky en la

---

<sup>31</sup> Las casas de parto son lugares donde las mujeres dan a luz bajo el paradigma de la partería, con atención de parteras enfermeras y que están vinculados con el sistema hospitalario, de manera que cualquier emergencia puede ser referida al hospital de manera inmediata y en cualquier momento (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

revisión, traducción y adaptación de la normativa noruega de parto en casa, con el objetivo de presentarla ante las autoridades de la CCSS, el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras y que sirva de base para la elaboración de una reglamentación del servicio de partería y el parto domiciliario (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).

Por su parte, las parteras y doulas del movimiento defienden el parto respetado, digno y seguro. En ese sentido, acuerpan el modelo de la casa de partos. Con respecto al parto en casa, algunas lo avalan cuando es atendido por parteras profesionales (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018), mientras otras consideran que el modelo de partería puede ser ejecutado por parteras tanto profesionales como empíricas o tradicionales (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018). Todas coinciden, eso sí, en imaginar el momento en que *“las mujeres que deseen dar a luz en casa de forma segura, puedan hacerlo como parte del sistema y no como algo que hay que hacer a escondidas por miedo”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

En síntesis, la discusión no se ha zanjado (formalmente ni siquiera ha comenzado), por lo que el asunto de cuál es el lugar idóneo para conseguir el parto humanizado/respetado, continúa siendo un nudo socio-discursivo.

## **7.6. “Están robando mi territorio”: poder y control en las maternidades costarricenses**

De acuerdo con las representantes del MCPH/R y sus aliados del sector salud, en los servicios obstétricos existen dinámicas relacionales establecidas entre los distintos actores que participan del proceso de parto:

*Hay una jerarquía entre el médico que, además de serlo, es hombre (es un viejo prepotente) y la enfermera, pues él la dirige, él manda. Y para mayor malestar de ellos, resulta que mientras ellos trabajan con la enfermedad, nosotras trabajamos con el cuidado y los procesos de salud; trabajamos con personas, no con síntomas. Porque en el momento en que se produce una emergencia o hay una enfermedad, la mujer se traslada al médico, pero la atención del parto de una mujer sana le corresponde a la enfermera obstétrica; no es necesaria la opinión de los médicos. Y las enfermeras pueden atender en casa. Ahí hay otra lucha de poder. Los médicos dicen ‘los partos son nuestros y nuestras son las cesáreas’. Nosotras en cambio no nos apropiamos del parto porque el parto es de la mujer.* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

Esta relación jerárquica atravesada por el género no se limita al ámbito estrictamente profesional, es decir, a la relación médico-enfermera, sino que también permea la relación médico-“paciente”<sup>32</sup>, de manera que cuando las mujeres que llegan a dar a luz desafían esa relación jerárquica, y con ella el ejercicio del poder médico, despiertan una reacción:

*Cuando las mujeres vienen más informadas, a veces los médicos se ven intimidados o retados, y uno los ve que se van enojando de que los cuestionen: “bueno sí, pero aquí el ginecólogo soy yo y lo que vamos a hacer es esto, y si usted no está de acuerdo entonces lo escribimos aquí y usted sabrá, usted asume las consecuencias” (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).*

Para Ileana Quirós, la relación entre el personal de salud y las mujeres *usuarias* de los servicios obstétricos es asimétrica y se encuentra tan institucionalizada, que incluso se refleja en el procedimiento establecido para atender las denuncias por malos tratos: *“de las quejas que se presentan en las contralorías de servicio de los hospitales, ¿cuántas realmente han analizado? Y cuando les dan trámite lo que hacen es un careo entre la paciente y el personal de salud...¿adivine quién gana?” (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).* Van Dijk (2009) planea que, como se refleja en este caso, el poder y la dominación social con frecuencia requieren de formas de rutina autorizadas, organizadas e institucionalizadas para ser efectivos y lograr reproducirse.

De manera que en los hospitales costarricenses se materializa lo planteado en el marco teórico de esta investigación: en el sistema biomédico las relaciones de poder profesional/institucional están también atravesadas por jerarquías de género<sup>33</sup>: hombre/médico–enfermera/mujer y se extiende a la relación médico/hombre–paciente/mujer e incluso médico/hombre–partera/mujer. Estas relaciones de dominación

---

<sup>32</sup> Como parte del proceso de resemantización del parto (analizado antes) el MCPH/R cuestiona el uso del término “paciente”, para referirse a la mujer que está en proceso de parto, y la llama simplemente “mujer”, o “mujer embarazada”, “mujer en labor de parto”, “mujer que esta dando a luz”. Sin embargo, utilizo acá el término “paciente” por cuanto estoy haciendo referencia a la relación jerárquica en la atención hospitalaria del parto, donde éste término se utiliza frecuentemente.

<sup>33</sup> De acuerdo con las investigaciones consultadas para este trabajo, las relaciones de poder en el sistema biomédico también están atravesadas por otras variables como la clase o la edad, sin embargo estas no fueron señaladas por las personas entrevistadas.

no son exclusivas de los servicios obstétricos, pero sí reflejan una expresión concreta del poder médico (van Dijk, 2009<sup>34</sup>): el poder obstétrico (Arguedas, 2014).

Este ejercicio del poder obstétrico se sustenta en un discurso y una cultura de la medicalización que sigue perpetuándose en los consultorios y las salas de parto en Costa Rica: que el cuerpo embarazado está enfermo y que por eso hay que monitorearlo, controlarlo, intervenirlo: “*Tienen que medicalizar para decir que están haciendo algo, para decir que son necesarios, para mantener el poder*” (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

El poder obstétrico ubica a los médicos como agentes que concentran todo el saber en torno al cuerpo y la salud de las mujeres embarazadas, y a éstas como alienadas que habitan en lo que Korol (2007) llama “la oscuridad de la ignorancia”. Se devalúa así la experiencia propia del parto, y se concentra la atención en el saber médico tradicional y no en quienes viven la experiencia en sus propios cuerpos:

*En los hospitales, las mujeres que van a parir tienen que entregar sus cuerpos. En el parto medicalizado el cuerpo está a la merced de la institución... A la mujer se le quita el control sobre su cuerpo justamente cuando necesita todo el control sobre él para poder parir. Es una violación... es como que alguien te tome y te viole* (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Al respecto Erviti (2010) plantea que en esta dinámica, los discursos de los profesionales de la salud producen y refuerzan identidades femeninas y estereotipos de género mediados “por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva” (p.104).

En la siguiente reflexión la médica salubrista Ileana Quirós reúne los planteos expuestos en torno al *poder obstétrico*, el *saber único y hegemónico* y el *cuerpo*, que se materializa en el acto mismo del nacimiento:

*El parto es un acto biológico que nosotros medicalizamos, y ese es el problema. Porque **al medicalizarlo yo tengo el poder**, ‘yo soy el que sé, usted no sabe, usted ¿qué va a saber lo que le conviene?’ Entonces **expropiamos a las mujeres de su sentir y de su saber**. Y el saber no solo viene de leer. Yo tuve muchas complicaciones en mi embarazo, y en el parto los médicos me hicieron todo lo que no hay que hacer, y a mí nunca se me olvida que yo lo único que quería era estar de cuatro patas en la cama. Me mandaban a caminar, pero yo me iba para el baño. El baño era el único lugar que en vez de tener luz blanca*

---

<sup>34</sup> Para comprender mejor el discurso médico-paciente ver van Dijk (2009, pp.85-88).

*tenía luz amarilla, y tenía como una barandita de la que yo me agarraba, y sentía delicioso. En resumen: **el cuerpo es sabio**, entonces, si nosotros los médicos no confiamos en las mujeres ni confiamos en nuestro propio cuerpo, ¿cómo les vamos a transmitir confianza en ellas mismas? Resulta que cuando yo re-estudio todo esto desde la otra perspectiva, distinta a lo mecanicista que te enseñan, me digo: ¡claro! como mi hija estaba posterior, yo tuve un parto obstruido, ¡por supuesto que me tenía que aliviar estar de cuatro patas, porque me quitaba la presión sobre la pelvis! ¡Por supuesto que me gustaba la luz amarilla porque es la más fisiológica! ¿Dónde paren los animalitos? se van a una cueva, no les gusta que nadie los moleste. Así somos nosotros. En la parte más antigua del cerebro es donde está la reproducción. Las hormonas que gobiernan esto son súper sensibles a todos los estímulos. Estoy sin comer, sin dormir, todo el mundo me toquetea, nadie me deja hacer nada, no estoy en mi casa, a nadie le importa lo que estoy sintiendo, todo mundo me dice que si no respiro ese chiquito se me va a morir, tengo frío, tengo calor, tengo sed...me meten oxitocina y empiezan a complicar todo el proceso. Y es toda esa **estructura de poder que hay un hospital: la mujer como propiedad de un servicio de salud**. (I. Quirós, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).*

En este relato queda clara la perspectiva del MCPH/R sobre el parto hegemónico, hospitalario, medicalizado, en tanto dispositivo donde se establecen y ejercen relaciones de poder, se despliegan ciertos saberes y se excluyen otros y el cuerpo de la mujer es literalmente “tratado” como territorio/propiedad. Nótese además cómo la doctora y promotora del parto respetado/humanizado explica la triada entre poder, saber y cuerpo a partir del relato de su propia vivencia, lo cual reitera el hallazgo analizado en el capítulo 5: el activismo del MCPH/R se basa en la politización de la experiencia subjetiva del parto, en asumir y reivindicar la dimensión política de una situación que podría concebirse como personal, individual o anecdótica.

La doula Natalia Del Valle también explica el ejercicio del poder obstétrico sobre los cuerpos de las mujeres -y la disputa de esos cuerpos en tanto territorio político- a partir de la actitud que asume el personal de los hospitales cuando las mujeres llegan acompañadas de doulas:

*se trata del **miedo básico de perder poder**, de perder el lugar que ocupan, “**voy a atacarla para no perder mi saber**”. Es una actitud defensiva, porque en vez de indagar y aprender de lo que estamos haciendo se dicen “**están robando mi territorio**”. Yo tengo experiencias horribles con las enfermeras del CIMA; al sentirse amenazadas por mi presencia -la presencia de una mujer silenciosa acompañando a una mujer en parto- se descontrolan; incluso me han amenazado con llamar a seguridad. Es **el miedo a lo desconocido, el temor de perder el nicho**. Prefieren que se siga reproduciendo la violencia antes que perder el poder... En esa confrontación se ven obligados a preguntarse qué*

*están haciendo ahí: “si me dicen que no haga piquete, que no corte, ¿qué hago, quién soy, dónde está mi poder?” Porque en un parto respetado quien tiene el poder es ella, la mujer. **Ahí está concentrado el miedo.** (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).*

Por otro lado, vale la pena remarcar que tanto Quirós como Del Valle ponen además en el tapete la “lucha de saberes”, tanto entre el saber médico hegemónico y el saber de las doulas y parteras como entre ese saber médico y el saber de las mujeres que dan a luz.

Las relaciones de poder y jerarquías de género que se dan durante la atención de los procesos reproductivos se expresan (y a la vez se construyen) en el discurso, y están tan interiorizadas, que son reproducidas sistemáticamente incluso por quienes trabajaban por la construcción de un nuevo paradigma del parto:

*Nosotros los enfermeros también hablamos desde una posición de poder, por más sensibilizado que esté uno. Por ejemplo, cuando uno dice “señora, la voy a mandar a caminar”. O sea, **yo** la voy a mandar a caminar... **Uno se expresa desde el poder**, porque uno se construyó como obstetra en la universidad así, y después uno tiene que deconstruirse y volverse a rearmar... ¡pero cómo cuesta! (E. Hernández, comunicación personal, 6 de marzo de 2018).*

Esa capacidad de mirar-se, de ubicar el lugar que ocupan en las relaciones de poder en torno a la atención del parto e intentar transformarlas, es probablemente una de las razones que acercan a las personas profesionales de la salud entrevistadas al movimiento social.

Finalmente, un hallazgo significativo es acerca del lugar que ocupa el miedo en esta tensión entre el modelo de parto medicalizado y el modelo de parto humanizado/respetado: un miedo compartido por todos los actores sociales involucrados. Del Valle hablaba en la cita anterior del miedo del personal de las maternidades tanto a lo desconocido como a perder su nicho de poder. También mencionaba el temor de las autoridades médicas de que el reconocimiento de la violencia obstétrica pueda propiciar su judicialización. Turecky mencionaba párrafos atrás el miedo de las mujeres que dan a luz en casa, y de sus familias, de ser señaladas o acusadas, y todas las parteras y doulas entrevistadas expresaron (como consta en el apartado 7.1) el miedo y la angustia que experimentan frente al rechazo y la persecución que viven por confrontar el modelo hegemónico de parto. Ese miedo generalizado, alcanza también a las mujeres que recurren a partos medicalizados:

*Hay momentos que la polémica llega a las noticias y está en la primera página de los diarios y alguien tiene que ofrecer la otra perspectiva... porque los médicos hablan mentiras y los periódicos dicen mentiras, como que las parteras cobran cinco mil dólares. Y me hacen sentir mal y eso no es bueno para mi trabajo. Yo solo quiero ser partera, quiero ser amorosa, quiero estar tranquila. Y tengo que transmitir eso a mis mujeres. **Ellos crean mucho miedo y el miedo es muy poderoso.** Hablan tanto de las complicaciones y tragedias; el miedo tiene tanto veneno que las mujeres corren a buscar las cesáreas. Me afecta la violencia... Yo siento que el Colegio de Enfermeras me va a quitar la licencia". (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

De manera que tienen miedo los médicos, las autoridades institucionales, las enfermeras obstetras, las parteras, las doulas y las mismas mujeres que dan a luz. Cuando se circunscribe al modelo institucionalizado y medicalizado, el miedo atraviesa el parto.

### **7.7. Las tensiones se mantienen, el modelo también: síntesis de los resultados**

Desde la perspectiva del MCPH/R y sus aliados, se han dado algunos pasos a favor de una atención respetuosa y digna del parto en los hospitales costarricenses. Las autoridades en salud han venido elaborando normativa actualizada para la gestión humanizada y atención calificada del parto. Sin embargo, siguen siendo esfuerzos aislados y los cambios han sido superficiales. La institucionalidad y el personal de la salud, es decir, la CCSS, los hospitales y quienes trabajan en las maternidades del país siguen en su mayoría mostrando fuerte resistencia a los planteamientos sobre el parto humanizado/respetado, y las mujeres usuarias de los servicios obstétricos lo confirman. De acuerdo con datos oficiales, como mencioné al inicio de esta investigación, el 58% de las mujeres que tuvieron un parto en los últimos dos años denunció haber sufrido violencia obstétrica en las salas de parto, según la última Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia, EMNA (Naranjo, 2019).

Por su parte, el movimiento social ha reconocido que no puede limitar su acción política a la denuncia y a la implementación del parto extrahospitalario con parteras (que sigue siendo poco significativo en términos estadísticos), sino que debe buscar la interacción y las alianzas con el sector salud para avanzar hacia la universalización del parto humanizado/respetado. La vinculación no ha sido fácil y el movimiento mantiene una postura crítica y de denuncia al modelo de atención hegemónico.

Ahora bien, no se trata de una situación monolítica y estática, sino más bien de un proceso dinámico, cargado de tensiones y negociaciones, de “estiras y encojes”. Por un lado, el personal de salud tiene más información y está más consiente sobre lo que significa la atención humanizada y digna del parto. Además, por la presión ejercida por otros actores sociales y políticos –incluido el MCPH/R- y por las mismas mujeres, que están llegando a parir más informadas sobre sus derechos, los médicos están, ellos mismos, en tensión, su identidad y su rol se encuentra en cuestión. Hay profesionales que además han adquirido conciencia y que intentan cambiar algunas prácticas, mientras otros muestran más resistencia. La actitud del personal de salud ante el cambio pareciera una suerte de diafragma: se abre un poco, se tiende a cerrar un poco de nuevo. Sin embargo, por otro lado, tanto el MCPH/R como sus aliados perciben la presencia sistemática del ejercicio del poder obstétrico en los hospitales costarricenses.

Desde la perspectiva del movimiento social y sus aliados, el personal de salud tiene miedo de perder su lugar de privilegio durante la atención del parto, de manera que si se traslada el protagonismo a la mujer, su rol se vea disminuido. Pero no solo los médicos tienen miedo: en las condiciones actuales y en el marco del modelo de parto institucionalizado en Costa Rica, el temor impregna a todos los actores sociales involucrados y a todas las relaciones que se establecen dentro y fuera de las salas de parto y alrededor de los procesos reproductivos, desde las autoridades médicas hasta las mujeres que dan a luz, cuyos cuerpos siguen estando “*a merced de la institución*” (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018). Es probable que ese miedo compartido, expresión a su vez del ejercicio del poder obstétrico, dificulte las posibilidades de establecer alianzas entre el movimiento social y la CCSS para la transformación del modelo de parto predominante.

A pesar de los esfuerzos por cambiar algunas prácticas en los servicios obstétricos, las tensiones y confrontaciones entre el modelo de parto medicalizado y el modelo de parto humanizado/respetado se seguirán suscitando mientras se mantengan relaciones de dominación entre los médicos y las enfermeras, y entre los médicos y las mujeres que dan a luz, pero también entre la institucionalidad y las parteras y doulas, cuyos saberes siguen siendo menospreciados e incluso perseguidos. Esto por cuanto dichas relaciones responden a dinámicas de poder y a

jerarquías de género y saberes que les competen pero que les anteceden y trascienden, es decir, que son más amplias y estructurales.

## 8. PODER, SABER Y CUERPO EN EL DISCURSO MCPH/R: discusión de resultados

Es esa correlación entre el poder, el saber y el cuerpo, descrita arriba, la que el discurso del MCPH/R devela, cuestiona y busca transformar. En los siguientes apartados discuto, a partir de esa triada, los resultados que a lo largo de esta investigación he venido presentando.

### 8.1. Parto, poder y sujeto *mujer*

Como concluyo en el capítulo 5, el MCPH/R responde a la lógica constitutiva e identitaria de los nuevos movimientos sociales, en tanto conecta la esfera macro o estructural (el parto como dispositivo biopolítico) con la esfera micro o cotidiana (el parto como acto fisiológico), el ámbito de lo privado con el ámbito de lo público. De ahí que la experiencia subjetiva de sus integrantes esté a la base de la movilización social y política. Su discurso, que es consustancial al movimiento, es también inminentemente político ya que, como se pudo constatar en el capítulo 6, establece una relación entre el constructo discursivo *parto* y el constructo discursivo *poder*.



Figura 13. Publicación en FB de Anidar (2015, febrero 17).

Así por ejemplo, en la publicación “*para cambiar el mundo hay que cambiar primero la forma en que nacemos*” (Anidar, 2015, diciembre 11), se concibe el **parto como acto político**, ya que plantea el imperativo de cambiar el mundo. Pero además, que para cambiarlo, debe cambiarse antes la forma en que nacemos. El parto es, para

el MCPH/R, una expresión de poder, es *“pura potencia”*, porque *“si las mujeres somos capaces de sentir que nos estamos muriendo, pero seguimos adelante, es que somos en realidad capaces de todo”* (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 21). En palabras de Natalia Del Valle, *“la experiencia del parto sin intervención respeta el carácter que tiene: divino, revolucionario, subversivo”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). De manera que el MCPH/R concibe al parto humanizado/respetado como una acción política transgresora, transformadora, contrahegemónica. Y es por esa razón, porque dota de poder a la mujer y a la vez es una expresión de su poder, que *“se trata de controlar”, “de neutralizar”* (MAMASOL-CR, 2017, setiembre 21).

Por otro lado, recordemos que el sujeto *mujer* tiene una presencia protagónica en el discurso del MCPH/R, en el que asume ya sea un rol de agente, ya sea un rol paciente. De acuerdo con los resultados obtenidos, cuando las mujeres asumen un rol de agente, se benefician a sí mismas y/o a otras mujeres. Esto sucede cuando se empoderan para su parto (aquí es la mujer que da a luz) y cuando acompañan a otra mujer que da a luz (aquí es la doula o la partera). Por el contrario, cuando las mujeres asumen un rol paciente en el discurso, reciben acciones negativas de parte de los médicos, el personal de los hospitales y la sociedad machista. En este discurso, que refleja la tensión entre el parto respetado/humanizado y el parto medicalizado hospitalario, el sujeto que realiza la acción política es *la mujer que da a luz*. Y esto tiene implicaciones semánticas y políticas importantes.

En primera instancia podría interpretarse que el discurso del MCPH/R, al referir al sujeto mujer siempre asociado al proceso reproductivo, y al *embellecer* el parto (como vimos en el capítulo 6), lejos de ser un discurso disruptivo, termina reproduciendo la representación convencional de la identidad *mujer* como uno de los polos del binarismo de género, asociada a una maternidad naturalizada y consustancial a su condición de mujer. No obstante, sin pretender anular esa perspectiva, también resulta que el constructo *el poder de parir* dota a ese sujeto de una serie de facultades y capacidades que trascienden el acto mismo del parto y los procesos reproductivos, en dos líneas principalmente.

En primer lugar, el poder de dar a luz se entiende en el discurso como un poder especial con el que cuentan las mujeres, independientemente de que “hagan uso” de él, es decir, es un poder inherente a su condición de mujer y precede su ejercicio. En ese sentido, el poder (de dar a luz) se entiende desde la perspectiva de **facultad, capacidad o potencia**.

En segundo lugar, según este discurso, cuando la mujer se empodera en el marco de su proceso reproductivo, ese empoderamiento no se limita a la vivencia del parto. En vista de que elegir un parto humanizado/respetado es confrontar, es ir contra corriente, es asumir con valentía un proceso, esta experiencia le confiere un poder que se mantiene en ella y con ella en adelante y que le permite enfrentar con fuerza otros procesos de la vida. En otras palabras, el empoderamiento de las mujeres que viven partos humanizados/respetados las dota de una fuerza que no solo les permite enfrentar su proceso de dar a luz, sino liderar procesos colectivos, sociales, políticos. Las parteras del MCPH/R ilustran así esta perspectiva:

*Nuestros ancestros decían que el parto es la guerra de la mujer. Los hombres guerreros iban a pelear al campo, las mujeres libraban desde el parto sus batallas porque en esa experiencia se abría la brecha entre la vida y la muerte y la mujer danzaba con la muerte. ¿Y qué pasa con eso? Las mujeres que salimos victoriosas de ese trance, salimos empoderadas, si logramos vivir el parto de forma respetada. Al pasar por esa vivencia que es demasiado poderosa, las mujeres son sacerdotisas, son líderes de su familia, de sus hijos y de su comunidad. (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).*

*Esa mujer que tenía cero poder: la campesina, que no terminó la primaria, que vivió bajo las leyes de un padre autoritario, súper católicos, en una finca con seis hermanos, ella sirviendo a los hermanos, reglas y más reglas... Se casa y ahora está bajo las reglas de su nuevo esposo... Esas mujeres que han elegido parto en casa, contra la desaprobación de su propio papá, de su propia mamá, hasta de su propio esposo, porque han vivido antes un parto traumático y deciden cambiar su historia... Y luego se convierten en la voz del movimiento, porque comparten su experiencia con otras mujeres, a quienes motivan también a tomar el control sobre su parto, y sobre su propia vida. (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

De manera que, sin pretender profundizar –en tanto no es objeto de esta investigación- en la relación semántica entre los constructos discursivos *parto humanizado/respetado* y *maternidad*, sí es importante considerar que efectivamente el discurso del MCPH/R interactúa con un discurso más amplio, que configura y

reproduce representaciones sociales en torno a la(s) maternidad(es). Así por ejemplo, como vimos en el capítulo 5, el movimiento plantea la importancia de repudiar “la maternidad como institución, como mecanismo de control, como mandato” y a la vez defender “la maternidad libre y consciente” (Anidar, 2017, junio 15).

Considerando todo lo anterior, este discurso pareciera reflejar la tensión entre lo que Pujal y Pujol (1995) identifican como una *Formación Discursiva Naturalizadora* y una *Formación Discursiva Desnaturalizadora* de la maternidad. La primera produce una maternidad normativa y prescrita, desde el absolutismo biologicista, o lo que es lo mismo: *la mujer es madre por naturaleza*, mientras que la segunda relativiza el nexo entre maternidad y mujer, como producto de la problematización de las relaciones y el binarismo de género, lo que posibilita la agencia del sujeto que ejerce la maternidad. Esta segunda posición implica “aprender a vivir con contradicciones que emergen como consecuencia de hacer visibles y relativizar las presiones normativas que actúan insistentemente...las contradicciones entre el peso de la tradición dominante y el intento de transformarla... y la resistencia como motivación vital” (p.180).

La discusión en el feminismo sobre la maternidad, o más bien las maternidades, es histórica, pero vigente e inacabada. En todo caso, cualquier reflexión en torno al posicionamiento político sobre la maternidad y el parto del MCPH/R y del movimiento de parto humanizado global debe partir del reconocimiento de la existencia de múltiples feminismos, hechos de minorías, multiplicidades y singularidades (Preciado, 2010), y de diversos discursos sobre maternidades (Saletti, 2014). En ese sentido, esta última autora plantea que si partimos de que “lo personal es político”, la maternidad puede ser entendida “como una práctica política, con capacidad para revolucionar la institución de la maternidad, de la familia, y por qué no, de la sociedad entera” (Saletti, 2014, p.14).

Por otro lado, siempre dentro de este encuadre político del discurso, el MCPH/R ubica el proceso reproductivo como un asunto de interés público<sup>35</sup>. Al respecto, Yaliam González asegura que

*El asunto del parto debe discutirse en todos los ámbitos, empezando por la Universidad. No solo el parto, sino también la maternidad, la paternidad, la*

---

<sup>35</sup> “El parto es un asunto de salud pública... Si bien dar a luz es de la mujer, es de todos nacer”. (Anidar, 2015, mayo 18).

*crianza. Porque al restringirlo al ámbito de lo privado (“a mis hijos los educo yo”) la sociedad también pierde. Si mejoramos la forma de nacer cambia el mundo de todos. Los Programas de Educación Sexual deben tocar estos temas. Abordarlos de una forma integral.* (Y. González, comunicación personal, 2 de marzo de 2018).

Esta perspectiva remite al planteamiento feminista acerca de la necesidad de extrapolar al ámbito público aquellos asuntos que históricamente han estado conferidos a las mujeres y confinados al ámbito privado. El parto no es entonces un asunto ni doméstico, ni solo de mujeres, sino que compete a la sociedad como un todo.

En esta misma línea, publicaciones como “*#no más violencia#, #25N# Ni una menos muerta, acosada, irrespetada durante el parto por violencia machista!*” (MAMASOL-CR, 2017, noviembre 24) dan cuenta de la apropiación de consignas y *hashtags* utilizados en la jerga de los movimientos feministas, lo que encuadra el discurso sobre el parto en uno más amplio sobre las relaciones de poder y de género que se establecen en la sociedad. En ese sentido, como analizo en el capítulo 5, su discurso y su acción política vincula al MCPH/R con una agenda y un movimiento feminista más amplios, que sin embargo no necesariamente incorporan o asumen como propias las demandas del movimiento de parto humanizado/respetado.

Asimismo la noción del parto humanizado/respetado como una práctica de mujeres que acompañan mujeres también está presente en las publicaciones analizadas<sup>36</sup>. En ese sentido, el discurso recoge otro principio feminista: la sororidad como recurso o vía feminista para la transformación social.

En síntesis, el discurso del parto humanizado/respetado es un discurso político que recupera algunos planteamientos del movimiento feminista y que concibe a *la mujer que da a luz* como un sujeto político, con capacidad para transformar las dinámicas de poder y las representaciones sociales en torno al parto, y más allá de éste. Esta perspectiva del parto como acto político y de la mujer como sujeto político genera, como muestro en el capítulo 7, tensiones y confrontaciones con el modelo hegemónico de parto, pues plantea una transformación de las relaciones de poder y las jerarquías de género y de saberes, que se despliegan en las dinámicas de atención de los partos en los servicios obstétricos de los hospitales costarricenses.

---

<sup>36</sup> “*Importancia del acompañamiento femenino durante la maternidad*” (Anidar, 2016, mayo 3); “*mujer medicina de muchas mujeres*” (Anidar, 2016, marzo 12).

## 8.2. Parto, poder y cuerpo

*Actos de este tipo [parto respetado domiciliario con parteras] serán vitales para heredarle a Ester un mundo en el que se difuminen los fantasmas del miedo que han despojado a las mujeres de poder decidir sobre sus cuerpos y sus hijos.  
(“Ana Marcela”, *mamasol*, 2015)*

El discurso del MCPH/R establece una relación entre el constructo *cuerpo* y el constructo *poder* en tres líneas fundamentales. En primer lugar, una de las claves del parto humanizado/respetado es el empoderamiento a través del cuerpo: preparar el cuerpo para dar a luz, a partir de una serie de prácticas físico-emocionales, conectarse con él, poner atención a las sensaciones y autopercepciones. Al mismo tiempo, el discurso convoca a las mujeres a aceptar sus cuerpos, a reconciliarse con ellos<sup>37</sup>, a conocerlos y apreciar los cambios experimentados por los procesos reproductivos.

En este sentido, como explica Aguado (2004), que se preste atención a las sensaciones corpóreas no significa leer el cuerpo como objeto aislado del contexto, sino lo contrario: comprender al cuerpo situado, ubicado en el mundo. Desde la perspectiva del feminismo radical de la diferencia, el desafío para erradicar el patriarcado y transformar las relaciones de poder basadas en parte en las jerarquías de género, consiste justamente en que las mujeres se re-simbolicen a sí mismas como humanas, que tomen conciencia y verbalicen sus propias necesidades y experiencias, y pongan atención “a la información emanada de sus cuerpos, las comodidades e incomodidades, y dejar de hacerles caso omiso a las sensaciones, percepciones y sentimientos” (Franulic, 2015, p.12).

En palabras de Gilberti (1989) “nuestros cuerpos fundan un lugar en el que se entrecruzan los sentidos, cuya base material no es solamente somática: ha sido socialmente construida, enhebrando discursos” (p.116). El empoderamiento de las mujeres que deciden protagonizar sus procesos de parto pasa por el cuerpo y se expresa en el cuerpo. El cuerpo se convierte así en un dispositivo discursivo: expresa, en el acto mismo del alumbramiento, el discurso del parto humanizado/respetado:

---

<sup>37</sup> “Círculo de Mujeres. Historias de Nacimientos. En la semana mundial del parto respetado. Un encuentro para reconciliar con el cuerpo y agradecer nuestras experiencias de parto”. (Anidar, 2017, mayo 16).

*Me acuerdo de sentir mi cuerpo tomado por una sensación maravillosa, no sabría decir si fue un orgasmo pero se sentía rico... De repente ya no tenía más dominio de mi cuerpo, el proceso de expulsión fue guiado por mi sabiduría animal... Sí, mi hija y mi esposo la vieron nacer, ¡ahí mismo en nuestro cuarto! ... Si pudiera lo haría una y otra vez, que Dios bendiga a las lindas parteras, comadronas o cualquier nombre por el que se les llame. ("Vivi", mamasol, 2014).*

En segundo lugar, el discurso establece la relación entre *poder* y *cuerpo* a través de lo que resulta una suerte de slogan del MCPH/R: "*Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé*"<sup>38</sup>. Esta línea discursiva externaliza el poder de parir, al concebirlo como derecho: el poder de las mujeres de decidir sobre su cuerpo, y en ese sentido, podría estar planteando de manera tácita el derecho de las mujeres ya no solo a decidir cómo parir, sino también a tomar decisiones en torno a la vivencia, o no, de su maternidad. La retórica feminista de la autonomía sobre el cuerpo, de la recuperación de ese territorio-cuerpo a través del empoderamiento, está presente en el discurso de este movimiento social.

En tercer lugar, según el discurso del MCPH/R, el parto constituye un proceso natural y fisiológico, que no debe ser abordado como una patología o una enfermedad, cómo sucede hoy día en el modelo tecnocrático que medicaliza de parto. Como vimos en el capítulo 7, el modelo de parto tecnocrático institucionalizado refuerza la construcción simbólica de la mujer como ser débil y defectuoso, que requiere ser curado, mejorado (Gilberti, 1989), y reproduce una serie de prácticas que otorgan a la tecnología un lugar central: son las máquinas las que determinan cuál es la información precisa en relación con el parto, de manera que lo que sienta o exprese la mujer en torno a su cuerpo tiene poca o ninguna importancia. Es un modelo orientado hacia el uso de la ciencia y la alta tecnología para el beneficio económico y sustentado en instituciones patriarcales (Davis-Floyd, 2001). Desde la perspectiva del MCPH/R el paradigma del parto humanizado/respetado "*hace frente a ese sistema patriarcal donde se busca tomar control del dominio del cuerpo por parte de la medicina*" (R. Pacheco, comunicación telefónica, 4 de octubre de 2018).

Este cuestionamiento al modelo patologizador, intervencionista y tecnocratizador del cuerpo de las mujeres, constituye a su vez una afrenta al discurso hegemónico capitalista y patriarcal: un discurso que entiende el cuerpo como un objeto, que puede ser sometido a procesos de intervención tecnológica y a la industria

---

<sup>38</sup> "*4ta feria de parto respetado. Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé*". (Anidar, 2016, mayo 11).

médico-esteticista-farmacológica para alcanzar las exigencias sociales, culturales y del mercado en torno a él.

En síntesis, el discurso del MCPH/R incorpora una perspectiva feminista y una dimensión política del cuerpo (biopolítica), al entender el *cuerpo reproductivo* de las mujeres como un territorio político, y por lo tanto, en disputa: el cuerpo de las mujeres que deciden protagonizar sus partos y conectarse con sus sensaciones corpóreas durante sus procesos reproductivos es un cuerpo empoderado, incluso sabio<sup>39</sup>, que se revela a cumplir con ese destino manifiesto de ser cuerpo-objeto. En términos foucaultianos, es un **cuerpo que se produce a sí mismo**.

### 8.3. Parto, poder y saber

En el discurso del MCPH/R, la mujer sabe cómo parir, por lo tanto todo el proceso debe estar centrado en ella. Entonces, ¿cuál es el lugar que ocupan las parteras y doulas en el proceso de dar a luz? Este actor social es referenciado como sujeto que cuenta con conocimientos y sensibilidad especiales para atender partos y acompañar a las mujeres. Ese acompañamiento respetuoso y amoroso reside, según afirma Del Valle en comprender que *“cada parto es único y trae de nuevo el misterio. No hay un protocolo y ahí tenemos una contradicción con la medicina”*. Para esta doula y estudiante de enfermería, el parto no es *“un evento que se puede controlar ni que se puede describir con números”* sino, *“ese misterioso momento, espontáneo, natural, mágico, impredecible”* (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).

Estas palabras de la entrevistada recogen una de los lugares comunes del discurso del parto humanizado/respetado: en el asunto del parto no hay verdades inamovibles, ni certezas absolutas. La incertidumbre es uno de los componentes del parto. Por eso las parteras que componen el movimiento defienden principios pero no protocolos rígidos. En ese sentido, según Korol (2008), “desburocratizar los saberes es un camino para desburocratizar también las experiencias que se realizan en nombre

---

<sup>39</sup> “Yo se parir...Como parieron las mujeres que me precedieron...Mi madre, mi abuela, mi bisabuela, mi tatarabuela...Y así hasta la primera mujer... Lo llevo grabado en mis células...Mi cuerpo sabe parir...Yo soy ‘la que sabe’”. (Anidar, 2015, setiembre 30).

de los mismos...habilitar el espacio de la incertidumbre y, sobre todo, el motor epistemológico de la curiosidad” (p.35).

En esta postura de desburocratización del parto (de ahí el concepto de parto tecnocrático) se reconocen a la vez las limitaciones de la mente humana y de la ciencia y se toma distancia de la figura del médico que, como explica van Dijk (2009), asume una postura de ser omnisapiente. Y en esta línea, como encontré en el análisis de las publicaciones<sup>40</sup>, el movimiento social controvierte la retórica de la racionalidad científica -que acuerpa al discurso médico convencional- para enmarcar el parto como un fenómeno que trasciende los límites de la racionalidad y la materialidad, y que tiene que ver con procesos emocionales y espirituales. El siguiente relato, da cuenta de esta perspectiva:

*La última mamá que dio a luz acompañada por mí, después de hacer su labor de parto en casa fue al hospital...Yo la acompañé para ir llevándola a su ritmo y ella se encontraba serena. Cuando el médico la ingresó lo primero que le preguntó fue que qué se había tomado porque estaba viendo a una mujer centrada y no a una histérica o aterrorizada. Y claro, la fuente de seguridad tenía que ser externa. Tenía que ser el medicamento, la droga, la que había hecho ese efecto. Porque para ellos una mujer serena durante el parto es alienígena. (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018).*

Según la partera M. Tyndall lo que sucede es que “vivimos en una cultura que no acepta los riesgos, negamos que algún día vamos a morir, queremos creer que con el conocimiento y la ciencia podemos dominar la naturaleza y estar siempre a salvo” (M. Tyndall, comunicación personal, 21 de mayo de 2018). Su compañera activista del MCPH/R también cuestiona el lugar que ocupa la ciencia en el discurso predominante del parto medicalizado:

*están equivocadísimos: no hay sanación, no hay cura, no hay salud sin la relación entre humanos, que son entes subjetivos ...La ciencia no habla de eso porque la ciencia no contempla el amor; pero es el elemento más importante en todo este proceso (R. Turecky, comunicación personal, 21 de junio de 2018).*

---

<sup>40</sup> Ver apartado 6.2.5. Estrategias retóricas.

En ese sentido, el MCPH/R comparte con otros movimientos sociales contemporáneos “una orientación antimodernista” (Jiménez, 2006, p. 21), al discutir el lugar de privilegio que la cultura occidental ha otorgado a la ciencia y la tecnología, y su necesidad de incidir en los procesos naturales. Eso no significa, sin embargo, que el movimiento descarte el conocimiento científico, ni mucho menos que no se reconozca a sí mismo como portador de conocimiento. Al contrario, el discurso presenta a las parteras y doulas como el actor social que maneja el conocimiento más actualizado en materia de atención del parto<sup>41</sup>.

Entonces, la retórica de la racionalidad científica forma parte del discurso del MCPH/R<sup>42</sup>, pero no como línea discursiva predominante, sino en constante diálogo con otros conocimientos y acervos en torno al parto. Según una de sus activistas, en este movimiento social “*estamos las brujas y estamos las que intentamos meternos en el sistema; en el fondo todas venimos de las brujas. Pero la forma de salvar la práctica tiene que ser **mestizando esos saberes***” (N. Del Valle, comunicación personal, 1 de noviembre de 2018). El reconocimiento y mestizaje de distintas fuentes de conocimiento, desde la praxis, da lugar a lo que de Sousa (2011) llama un “*logos emancipador*” que fractura los límites hegemónicos del sistema, en este caso, biomédico. Hecker y Vasconcelos (2017) coinciden en que el activismo por el parto humanizado o respetado pone en cuestión los saberes hegemónicos que se configuran en el seno de la economía global capitalista, que tiende a producir de manera continua y persistente “una diferencia epistemológica que no reconoce la existencia de otros saberes, y que por ello se constituye, de hecho, en jerarquía epistemológica, generando marginaciones, silenciamientos y exclusiones de otros conocimientos” (p.3).

En síntesis, en el discurso del MCPHR las parteras y doulas son portadoras y reproductoras de sabiduría, pero no solamente porque poseen conocimientos, sino porque esos conocimientos se enriquecen de diversas fuentes, de distintos acervos culturales y no se limitan al conocimiento estrictamente científico. Pero además porque reconocen que existen verdades o realidades que no pueden ser del todo

---

<sup>41</sup> Por ejemplo la Asociación Mamasol asegura que “*existe muchísima información acerca de las prácticas modernas, científicas y seguras para traer nueva vida al mundo. Nosotras hemos visto que esta información no ha sido presentada al público, ni siquiera a las mujeres que van a parir. Hasta las y los alumnos de obstetricia muchas veces reciben información errónea y anticuada en las universidades*” (mamasol, s.f.).

<sup>42</sup> Ver apartado 6.2.3. sobre estrategias argumentativas.

aprehendidas por la mente humana. Ahora bien, como vimos en el capítulo 5, este discurso “convive” en la práctica con una dinámica en la que así como las parteras y doulas del movimiento reafirman su identidad social y profesional también por momentos la esconden, la niegan, con el objetivo de incidir en la institucionalidad en salud, lo cual constituye a su vez una expresión, en el plano simbólico-discursivo de la vigencia del poder obstétrico.

## 9. CONSIDERACIONES FINALES

Leídos desde la perspectiva de la biopolítica, los procesos reproductivos de las mujeres en Costa Rica se encuentran institucionalizados, controlados, disciplinados. En este contexto, irrumpe un movimiento de parteras, doulas y mujeres activistas, constituido por un lado sobre la crítica al modelo hegemónico de parto medicalizado y por otro, sobre la propuesta o el contramodelo: el parto humanizado o respetado como alternativa viable y anhelada.

En este último segmento presento de manera resumida algunos de los principales hallazgos de esta investigación, que inicia preguntándose sobre cómo el discurso de ese movimiento social confronta y permea el discurso hegemónico sobre el parto. Luego reflexiono sobre el aporte que el Análisis Crítico del Discurso puede hacer, en tanto perspectiva teórica y metodológica, a los estudios de la comunicación de los movimientos sociales y finalmente abordo las limitaciones del trabajo y sugiero nuevas líneas de investigación.

El MCPH/R somete a juicio un modelo de parto que si bien es predominante y está enraizado en un proceso histórico de consolidación del poder obstétrico y de desplazamiento de la partería, también su institucionalización es relativamente reciente y enfrenta cuestionamientos a la luz de la doctrina de los derechos humanos y de la propia evidencia sobre violencia obstétrica, ya no solo por parte del movimiento mismo sino por otros actores sociales e institucionales.

En este movimiento la experiencia personal ocupa un lugar central: es la historia individual de parto la que motiva el activismo social de sus integrantes. Este lugar de intersección entre los procesos personales, subjetivos y cotidianos y los procesos sociopolíticos más amplios o estructurales, es un rasgo prominente de los nuevos movimientos sociales, a la vez que recupera el postulado feminista de que “lo personal, es político”.

En tanto el MCPH/R se articula alrededor de una identidad y una serie de demandas de género, incorpora dentro de su discurso la retórica feminista y se sostiene en principios como la sororidad y la politización de la experiencia subjetiva, constituye una expresión del movimiento feminista. Sin embargo, el carácter subalterno del movimiento no solo se manifiesta en relación con el modelo hegemónico de parto, sino también con el movimiento feminista más amplio, por cuanto el MCPH/R

considera que su agenda sigue estando relegada en los espacios políticos feministas, al tiempo que su discurso entra en interacción y tensión con los distintos discursos sobre la maternidad.

En el discurso del MCPH/R, el parto humanizado/respetado constituye un acto de resistencia, pero también una acción movilizadora: no se trata solo de oponerse al parto medicalizado y la violencia obstétrica, sino también de **realizar** partos respetados y de **transformar** las representaciones sociales en torno a este constructo discursivo. Porque el parto humanizado o respetado no se circunscribe al plano de *lo que dice* el MCPH/R, pero también de *lo que hace* este actor social. Su proyecto político-cultural es ese: el parto humanizado o respetado, que *se hace* en el discurso y que *se hace* en el acto mismo del parto, cuando las mujeres viven la experiencia del *dar a luz* a partir de un paradigma *otro*, de parto. En ese sentido, el discurso propone una resemantización del parto, una manera *otra*, de entender y atender el “dar a luz”. Es decir, de transformar los significados que culturalmente hemos asignado como sociedad al tema *parto*, reiterando cómo la transformación de la realidad, en este caso de las prácticas de atención del parto, pasa, al menos en parte, por transformar el lenguaje, el discurso, el orden simbólico.

En este proceso de resignificación del parto, el discurso del movimiento implementa una serie de estrategias discursivas, como el uso de figuras retóricas para *embellecer* el parto y conectar este constructo discursivo con una retórica que apela a elementos emocionales y espirituales.

Al irrumpir en una esfera pública en la que predomina la retórica de la modernidad, el discurso además utiliza estrategias argumentativas para legitimar racional y científicamente el parto humanizado/respetado y el conocimiento de las parteras y las doulas que lo atienden. Entre estas estrategias destaca el empleo de “*contra-topoi*”, una categoría que propongo -con base en la de *topoi*, utilizada en el análisis crítico del discurso por autores como van Dijk (2000) y Wodak (2003)-, para reconocer enunciados que pueden estar presentes en discursos contrahegemónicos que de manera reiterada buscan desplazar o revertir creencias y representaciones sociales, sustituyéndolas por otras.

Por otro lado, en el discurso del MCPH/R ese modelo *otro* de dar a luz, no se implementa protocolariamente, es decir, no hay recetas ni tutoriales que delimitan con precisión dónde termina un parto violentado y dónde empieza uno respetado o

viceversa. Lo que une el trabajo de los colectivos y mujeres, parteras y doulas que integran este movimiento es la reverencia por el parto y por el poder de las mujeres que dan a luz. Su discurso, en permanente construcción, refleja a su vez a un movimiento que problematiza constantemente su lugar de enunciación, sus postulados, sus certezas, lo cual constituye, según la pedagogía popular feminista, un rasgo de los proyectos o movimientos anclados a la ética feminista.

En la dinámica de resemantización del constructo discursivo *parto*, aparece el sujeto protagonista del mismo: *la mujer que da a luz*, un sujeto político –materializado en el movimiento social- con capacidad para transformar las dinámicas de poder y las representaciones sociales en torno al parto, y más allá de éste. Esto por cuanto el discurso analizado establece un vínculo entre:

a) **el saber** (las mujeres *saben* dar a luz, así como las doulas y parteras *saben* acompañar o atender partos respetados, pues cuentan con conocimientos -modernos y ancestrales- para hacerlo;

b) **el poder**: el parto es un acto/espacio en donde se expresa o materializa el poder de las mujeres: las mujeres son poderosas, tienen el *poder* de gestar, y además ese poder las dota de capacidades especiales no solo para enfrentar el parto sino también para la vida. Además, las mujeres *pueden* decidir sobre sus cuerpos y

c) **el cuerpo**: los cuerpos de las mujeres saben dar a luz. En el sistema biomédico estos son vulnerabilizados al ser sometidos al poder obstétrico, pero cuando son respetados, son poderosos, sabios, completos, autosuficientes. Esta perspectiva entiende el cuerpo reproductivo de las mujeres como territorio político en disputa, con capacidad para producirse a sí mismo.

En tanto se trata de un discurso disruptivo, subalterno, de resistencia, contrahegemónico, el sujeto que lo enuncia, el MCPH/R, ha establecido a lo largo de los años relaciones de confrontación y tensión con otros actores sociales e institucionales vinculados con el sistema biomédico: médicos y personal de salud hospitalario, el Estado (particularmente la CCSS), el mercado (particularmente las clínicas privadas) y buena parte de la prensa tradicional comercial. Pero a la vez el movimiento ha intentado acercarse e incidir en el modelo hegemónico de parto, no siempre con éxito, en parte porque suele encontrar fuertes resistencias que fueron señaladas arriba.

Este movimiento está convencido de que pese a que se han realizado algunos cambios, el paradigma de parto sigue siendo básicamente el mismo: sostenido en el ejercicio de un poder obstétrico que se fue consolidando en buena medida a partir de los procesos de desplazamiento y persecución de la partería y los saberes obstétricos no hegemónicos y que hoy en día mantiene el control de la salud sexual y reproductiva. Un modelo afincado aún en relaciones de poder y jerarquías de género y de saberes que se siguen reproduciendo en las salas de parto.

De manera que, aunque confronta ese poder, el movimiento a la vez le teme. Al mismo tiempo ese poder, al sentirse amenazado por la presión del movimiento y de otros actores sociales, al saberse en la mira de organismos internacionales y de derechos humanos y al vislumbrar la disminución de su control sobre los procesos reproductivos y el cuerpo reproductivo, también teme. Las mujeres usuarias de esos servicios obstétricos, quienes denuncian violencia obstétrica en casi el 60 por ciento de los partos realizados en los últimos dos años, probablemente son quienes más temor experimentan. Este temor compartido y a la vez proyectado, podría explicar en parte las dificultades de establecer alianzas entre el movimiento social y la CCSS para la transformación del modelo de parto predominante.

Finalmente, a lo largo del análisis se hicieron visibles algunas *tensiones discursivas* (entre el discurso del MCPH/R y el discurso hegemónico) alrededor del constructo sociocultural *parto* sobre las que valdría la pena profundizar, en tanto son debates inacabados, para comprender las representaciones sociales que en nuestra cultura hemos construido y validado en torno a los procesos reproductivos, la medicina y el cuerpo. Estas tensiones pueden ser representadas a través de los siguientes binomios:

a) **Medicalización/desmedicalización**: en tanto el discurso del MCPH/R entiende el parto como acto fisiológico y natural, que no debe ser tratado como una patología ni supeditado al uso de la tecnología, invita a preguntarnos: ¿cuándo deben medicalizarse los procesos fisiológicos? ¿hasta dónde llega o debería llegar la intervención médica sobre los cuerpos?

b) **Privado/público, individual/social, personal/político**: a partir del discurso analizado, ¿es el cuerpo un *asunto* del ámbito público o del ámbito privado? ¿a quién compete la responsabilidad sobre lo que en él sucede: al individuo, al colectivo? ¿es el

parto un asunto de mujeres, de médicos, del Estado? (pregunta, esta última, que atañe también al debate sobre el aborto).

**c) Industrialización-mercantilización/universalización:** así como en el discurso del MCPH/R el parto es un asunto de interés público, el parto humanizado o respetado constituye un derecho. No es una moda ni un capricho, sino que debe universalizarse y no puede mercantilizarse (como sucede en las clínicas privadas) ni industrializarse (como sucede en los hospitales públicos). Esto supone una encrucijada: ¿cómo conjugar la expectativa de la universalización del parto humanizado o respetado, en tanto derecho, con la concepción del parto como experiencia única y particular?

**d) Empirismo/profesionalismo, modernidad/transmodernidad:** como vimos arriba, a la vez que propone la universalización del parto humanizado/respetado -de manera que no lo circunscribe al parto en casa-, el discurso del MCPH/R reivindica la figura de la partera y la doula, y establece un vínculo entre estas y el parto humanizado/respetado. Estas son presentadas como mujeres que poseen conocimiento y saberes ancestrales, no necesariamente profesionalizados, que, sin embargo, han sido invisibilizados y negados por el discurso hegemónico de la medicina alopática.

Asociado a esto, este discurso concibe el parto como ritual de conexión cuerpo-espíritu, que trasciende los límites de la racionalidad y la materialidad, pero que a la vez cobra materialidad a través del cuerpo, lo que expresa la dicotomía cuerpo-espíritu, racional-espiritual. De manera que el discurso de este movimiento social invita a preguntarnos sobre los límites de la retórica de la modernidad científico/positivista en el ámbito de los procesos reproductivos, los alcances del parto humanizado/respetado como una práctica socio-discursiva transmoderna (en tanto no existe como reacción a la violencia obstétrica sino que la precede) y las posibilidades que como sociedad tenemos de incorporar y legitimar conocimientos *otros* sobre la fisiología humana más allá de la medicina occidental convencional.

**e) Cultura médica patriarcal/despatriarcalización de la cultura médica:** el discurso de este movimiento social concibe el parto como un acto/momento/espacio donde se establecen relaciones y disputas de poder, donde las mujeres pueden, o no, según el modelo de atención, apropiarse de su cuerpo y de sus procesos reproductivos. En este discurso emerge la tensión existente entre el parto como

expresión de una cultura médica patriarcal y el parto humanizado/respetado como una posible vía para la despatriarcalización de los sistemas y métodos de atención del parto.

Por otro lado, a partir del trabajo realizado, pude constatar que el análisis crítico del discurso (ACD) resulta una perspectiva teórica y metodológica útil para la comprensión de los movimientos sociales y del lugar central que la comunicación tiene en las dinámicas de interacción social, política y cultural que estos actores sociales establecen con el entorno y el sistema. En otras palabras, siguiendo a Fairclough (2003), que analizar el discurso de un movimiento social es analizar al movimiento mismo, pues el discurso está a la base de las construcciones identitarias, tanto individuales como sociales. Este acercamiento también permite conocer el lugar que este movimiento, en tanto actor social, ocupa en el entramado social, político y cultural de un contexto particular y de qué maneras participa en la creación y transmisión de representaciones sociales. De manera que el ACD puede enriquecer los estudios de comunicación que se interesan en los fenómenos sociales y políticos en general y en el cambio social y los movimientos sociales en particular. En concreto, este enfoque puede contribuir a los trabajos en comunicación que buscan colocar la mirada en otros actores sociales, más allá de los medios de comunicación, que también participan en dinámicas comunicacionales, y que son, ellos mismos, productores de significados, y que participan de la esfera pública colocando discursos alternativos, discursos *otros* a los que reproducen los medios hegemónicos.

Ahora bien, en vista de que el ACD ha tendido a concentrarse en los discursos hegemónicos, se requiere más construcción teórico-metodológica para el análisis crítico de los discursos contrahegemónicos. En esta investigación, que desde su inicio estaba centrada en un discurso que busca modificar las dinámicas de poder, propongo algunas maneras de hacer este abordaje, incluida la categoría de *contra-topoi*, mencionada párrafos atrás. Pero aún falta mucho camino por recorrer en este subcampo.

Al mismo tiempo, en tanto este trabajo analiza el discurso contrahegemónico, valdría la pena *dar un paso atrás* y realizar un análisis crítico del discurso hegemónico del parto, además desde una perspectiva feminista, foucaultiana y decolonial. Los resultados de una y otra investigación podrían ponerse en diálogo posteriormente.

Por otro lado, la perspectiva de la epistemología feminista, de la pedagogía popular feminista y de la teoría decolonial también resultaron fundamentales para el acercamiento al movimiento social desde la intersubjetividad y el conocimiento situado: ellas -el movimiento- y yo, todas, como sujetas portadoras y productoras de conocimiento. Esta perspectiva refuerza el punto mencionado en el párrafo anterior: la importancia de situar la mirada en discursos disruptivos enunciados por sujetos *conocedores*, pero no socialmente legitimados, en este caso: mujeres, mujeres organizadas, mujeres identificadas con la partería y saberes obstétricos *otros*, mujeres parteras, ¿brujas?, mujeres.

Ahora bien, en la medida que el discurso del MCPH/R no lo hace, esta investigación no se detiene a analizar los procesos de atención del parto desde una perspectiva interseccional, es decir cómo, además del género, la clase (al igual que la etnia, la nacionalidad, la edad) incide en las dinámicas de acceso al parto humanizado o respetado. En ese sentido, surgen una serie de preguntas que pueden ser respondidas en una posterior investigación: ¿Existe una relación entre el poder adquisitivo de una mujer y su familia con la calidad de atención obstétrica que recibe? ¿sufren las mujeres pobres mayor violencia obstétrica? ¿a mayor poder adquisitivo, mayor o menor medicalización del parto? ¿qué implicaciones tiene el proceso de mercantilización del parto para las mujeres que acceden a servicios obstétricos privados? Son preguntas cuya respuesta no es automática ni sencilla, si por ejemplo consideramos que en Costa Rica la mayoría (8 de 10) de los partos atendidos en clínicas privadas se “resuelven” por la vía de la cesárea, lo cual no coincide con el índice saludable de cesáreas que recomienda la Organización Mundial de la Salud (máximo 15% de los partos).

Otra de las líneas de investigación que queda abierta en este trabajo es la relación entre el discurso del parto humanizado/respetado y los discursos sobre la maternidad. En otras palabras, un análisis de las tensiones socio-discursivas sobre la maternidad y el lugar que el discurso del parto humanizado ocupa dentro de dichas tensiones, lo que implica ahondar en el análisis del lugar que el MCPH/R tiene dentro del movimiento feminista.

Por otro lado, existe una deuda, en términos de investigación, con la historia de la partería en Costa Rica (y probablemente de la región). Una genealogía del parto, desde la perspectiva foucaultiana, permitiría ubicar con mayor detalle -porque en este

estudio apenas se esbozan algunos elementos-, cómo surgieron las creencias, conocimientos y discursos sobre los que se asientan las representaciones sociales actuales en torno a los procesos reproductivos, lo que podría explicar la relación entre el lugar que la partería ocupó en la historia del parto (la contra-historia) y las resistencias que el sistema biomédico hegemónico sigue manteniendo en torno a las prácticas y saberes de las parteras actuales.

Finalmente, otra línea de investigación en comunicación que podría aprovechar como insumo los hallazgos de este trabajo es la elaboración de una estrategia de comunicación de y para el movimiento social, que le permita posicionar su discurso en la esfera pública. Un trabajo de esta índole, con implicaciones prácticas y de beneficio para el MCPH/R, debería, desde mi perspectiva, partir de la epistemología y la pedagogía popular feminista y el feminismo comunitario, que reivindican la capacidad de los sujetos colectivos de reconocer y formular sus demandas, sus objetivos y el camino para conseguirlos. Esta estrategia debería basarse en consolidar alianzas estratégicas y discursivas entre las parteras profesionales, personeros de salud sensibilizados en torno al parto humanizado/respetado, parteras tradicionales campesinas e indígenas con conocimiento ancestral en el tema, mujeres sensibilizadas con el tema y sus familias, organizaciones feministas que trabajan derechos sexuales y reproductivos, feministas del ámbito académico y universitario, organizaciones sociales, hombres y mujeres que comprenden la trascendencia de transformar las relaciones de poder y las jerarquías de género en torno a los procesos reproductivos hacia un paradigma de autonomía, respeto y afectividad.

## EPILOGO

Cuando terminaba de *dar a luz* a esta investigación, sucedieron dos situaciones importantes:

1. Por primera vez una encuesta oficial recoge datos sobre la violencia obstétrica y los publica el 31 de julio de 2019. Dichosamente pude incluir el resultado más significativo (el 58% de las mujeres denuncian haber sufrido violencia obstétrica durante sus partos) al filo de la entrega del documento final de tesis. Lo que el Estado hará a partir de la visibilización de esta realidad y si esto significará o no un cambio de dirección para el replanteamiento de las política públicas y de la atención del parto, estará por verse. Lo que sí es un hecho es que el movimiento no había podido contar antes con datos oficiales que lograran demostrar que sus planteamientos se sustentan en la realidad que viven las mujeres que dan a luz en los hospitales costarricenses, tanto públicos como privados, y no en percepciones subjetivas, “modas” o ignorancia, como ha buscado posicionar el discurso hegemónico sobre el parto. En este sentido, los resultados de esta encuesta también podrían servir para recordar al Estado que el problema de la violencia obstétrica no se acaba con la emisión de normas, guías o protocolos (como el Modelo de Atención del Parto publicado en 2017 y citado en esta investigación), si estas nuevas normas no se implementan y si no se aborda la problemática desde la perspectiva del cambio cultural.
2. La estudiante Diane Román Pérez inició una tesis para optar por el grado de Licenciatura en Comunicación Estratégica de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Costa Rica. El trabajo consiste en elaborar una estrategia de comunicación para el MCPH/R, y tiene la enorme cualidad de que se está haciendo *con* el movimiento y no *para* el movimiento. Diane ha facilitado el proceso y yo lo he acompañado, pero son las integrantes del movimiento quienes han venido, paso a paso y con mucha mística, construyendo la estrategia. El compromiso profesional, académico y personal de Diane auguran un excelente resultado. Apoyar este proceso, es el camino que encontré para devolver al movimiento un poquito de lo mucho que he recibido de él tanto en el plano personal como en el académico.

Cabe mencionar que en una de las últimas sesiones de trabajo que tuvimos, el movimiento, que no contaba con un nombre oficial –como menciono al inicio de este documento-, decidió que se llamará *Movimiento por un Parto Humanizado y Respetado Costa Rica*. Como mi investigación estaba inscrita con otro título, no fue posible cambiarlo, de manera que deben entenderse *Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado* y *Movimiento por un Parto Humanizado y Respetado Costa Rica* como sinónimos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arguedas, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuaderno Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11 (1), enero-junio.

Argüello-Avendaño, Hilda y Mateo-González, Ana (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*. 12 (2), jul-dic.

Asamblea Legislativa República de Costa Rica (s.f.). Consultas Proyectos de ley. Disponible en:  
[http://www.asamblea.go.cr/Centro\\_de\\_informacion/Consultas\\_SIL/Pginas/Proyectos%20de%20ley.aspx](http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/Consultas_SIL/Pginas/Proyectos%20de%20ley.aspx)

Barrantes, Chandra y León, Sandra (2009). *La mujer y el parto: un estudio de casos respecto a la atención del parto con el acompañamiento de doulas y/o parteras en el Área Metropolitana de Costa Rica*. Tesis de licenciatura en Antropología Social. Universidad de Costa Rica.

Bauman, Zygmund. (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Blanco, Alejandra (2019, enero 28). Mortalidad Materno-Infantil en Costa Rica 2000-2017. *Conversatorio sobre Parto Humanizado*. Asamblea Legislativa, San José.

Belli, Laura (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 4, 1 (7), (25-34).

Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7 (18), (93-111).

Biglia, Barbara (2005). *Narrativas de mujeres sobre las relaciones de género en los movimientos sociales*. Tesis Doctoral. Programa de doctorado: “La representación mental: Cognición, Comunicación y Ciencia”. Departamento de Psicología Básica, Universidad de Barcelona.

Blackledge, Adrian (2005). *Discourse and Power in a Multilingual World*. Amsterdam: John Benjamin Pub.

Bybee, Joan y Fleischman, Sussa (1995). *Modality in grammar and discourse*. Amsterdam: J Benjamins Publishing Company.

Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica. (2017). *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 de Seguro Social*. San José.

Caja Costarricense de Seguro Social (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres en el Período Prenatal, Parto y Posparto*. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>

Calafell, Núria (2016). La escritura incomprensible del cuerpo en fotografías de parto respetado. *Estudios Culturales y Críticos de la Esfera Digital*. Centro de investigación y estudios sobre cultura y sociedad, CONICET y UNC. 5 (1), (90-110).

Calafell, Núria (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. Universidad de León, 10, (331-354).

Camacho, José A. (2002). Perspectivas etnográficas: la observación y la entrevista. *Cuadernos de Antropología* (12), (51-73).

Castrillo, Belén (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento: Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, (43-68).

Castrillo, Belén (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata. *XI Jornadas de Sociología*, 13-17 julio de 2015, Buenos Aires.

Cavallini, Vanessa (2018, mayo 27). Nacimiento: un viaje a lo desconocido. *Charla, VI Feria de Parto Respetado*. San José.

Chihu, Aquiles (2006). *El "análisis de los marcos" en la sociología de los movimientos sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. (Chihu, Aquiles; Snow, David; Benford, Robert; Hunt, Scott; Worden, Steven; Rochford, Burke (Eds). MAPorrúa, UAM Iztapalapa. (9-29).

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica*. CEDAW/C/CRI/7. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/59ce93f64.pdf>

Davis-Floyd, Robby (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, (5-23).

Davis-Floyd, Robby (s.f.). Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. Disponible en: [http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS\\_AESMATRONAS/06\\_MUJER\\_GENERO/05\\_TRES\\_PARADIGMAS.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/05_TRES_PARADIGMAS.pdf)

De Andrade, Aline (2019). ¿Parir o revolucionar? Un análisis del discurso feminista radical sobre el parto natural. *Asparkia*. 34 (31-47)

De Barbieri, Teresita (1986). *Movimientos feministas*. México: UNAM.

Declaración de Caerá en torno a la humanización del parto (2000). Disponible en: <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm>

Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica (2017). Informe alternativo Comité sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. DH-00586-2017. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CRI/INT\\_CEDAW\\_IFN\\_CRI\\_27618\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CRI/INT_CEDAW_IFN_CRI_27618_S.pdf)

De la Garza, Rafael. (2011). Las teorías de los movimientos sociales y el enfoque multidimensional. *Estudios Políticos* (22), Novena época (enero-abril), (107-138).

Departamento de Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos (2017, octubre 06). Oficio FJG-1807-17, Notificación de Expediente N. 112-2017. San José.

de Sousa, Boaventura (2011). Epistemologías del Sur. *Utopía y praxis latinoamericana. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*. 16 (54), (17-39).

de Sousa, Boaventura (2006). La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*, (13-41).

Dezordi, Maiquel, Favarin, Paulo y Nielsson, Joice. (2016). Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. *Universitas JUS*, 27 (2), (87-101).

DONA International. About DONA International. Disponible en: <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/>

Ehreneich, Barbara y English Deirdre (1984). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal.

Erviti, Joaquina (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, López, A. y Castro, R. (Eds.), (101-122), Montevideo: UdelaR/CRIM

Expediente N°21057. Proyecto de Ley de Derechos de la Mujer Durante la Atención Calificada, digna y respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, Asamblea Legislativa. *La Gaceta*, San José, 4 de enero de 2019.

Fairclough, Norman (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak, Ruth y Meyer, Michael (Comps.). Barcelona: Gedisa.

Fairclough, Norman\_ (1995). *Critical discourse analysis. The critical study of language*. Londres: Longman.

Flórez-Flórez, Juliana. (2007). Lectura no eurocéntrica de los movimientos sociales latinoamericanos. Las claves analíticas del proyecto modernidad colonialidad. *El giro decolonial, Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (Eds.) Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Fornes, Valeria (2010). Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Fornes, Valeria (2010). Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. Actas N 1. *Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de Género*. Universidad Nacional de Córdoba.

Foucault, Michel (1994). ¿Qué es la Ilustración?. *Revista Actual* (28). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/15889/davila-que-es-la-ilustracion.pdf;jsessionid=2BC22DC20FB19751E99A8A74DD9D0278?sequence=1>

Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, Michel (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. 11 (1).

Foucault, Michel (1976). *Vigilar y castigar*. Ciudad México: Siglo XXI.

Franulic, Andrea (2015). El análisis feminista del discurso desde la diferencia sexual. *Revista Latinoamericana de Estudios del Discurso (ALED)*. 15 (1), (7-22).

García, Dailys (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (4), (718-732).

García, Marcial y Simancas, Esther (2016). La lucha está en el relato. Movimientos sociales, narrativas transmedia y cambio social. Cultura, lenguaje y representación. *Revista de Estudios Culturales Universitat Jaume I*. (XV), (139-151).

Giberti, Eva (1989). Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicosomáticos. *La mujer y la violencia invisible*. Fernández, Ana María y Giberti, Eva (Comps.). Buenos Aires: Editorial Suramericana.

Grillo, Carmen Simone (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Gonçalves, Tharine y Muniz da Costa, Octavio (2012). La exclusión del padre de la sala de partos: una discusión bajo el enfoque del género y del poder. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), (159-168).

González, Juan Luis y Moreno, Manuel. (2014). Relaciones de poder en los hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados. *Cultura de los Cuidados*. 18 (40), (50-58).

Hall, Stuart (2010). *Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Universidad Javeriana., Instituto de Estudios Peruanos., Universidad Andina Simón Bolívar., Envió Editores.

Han, Byung-Chul.(2014): *En el enjambre*. Barcelona: Herder.

Hecker, Lia y de Vasconcelos, Vania (2017). As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul. Revista Famecos (Online), Porto Alegre 24 (1). “O ativismo pela humanização do parto se contrapõe aos saberes hegemônicos configurados na base da atual organização global da economia capitalista, o neoliberalismo, que, entre outros pontos, se caracteriza pela produção contínua e persistente de uma diferença epistemológica que não reconhece a existência, em pé de igualdade, de outros saberes, e que por isso se constitui, de fato, em hierarquia epistemológica, gerando marginalizações, silenciamentos, exclusões ou liquidações de outros conhecimentos”. Traducción mía.

Hecker, Lia y de Vasconcelos, Vania (2017). As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul. Revista Famecos (Online), Porto Alegre 24 (1). “retirar do ostracismo o nascimento natural e humanizado, centrado no protagonismo e na autonomia da mulher”. Traducción mía.

Hecker, Lia y de Vasconcelos, Vania (2015). Violencia obstétrica: ativismo nas redes sociais. *UFSCar*, São Carlos. 23, (3), (475-484).

inne-CESAREA.org. (2012). *Cesárea Innecesaria*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Aw5qenR5en8>.

Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC (2018a). *Total de nacimientos año 2017*. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/nacimientos>.

Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC (2018b). *Defunciones maternas 2000-2017. Proceso de búsqueda y reclasificación*. San José: INEC y Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/remortalidad-materna.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC (2018c). *Nacimientos 2000-2017. Características de los Nacimientos. Partos domiciliarios*. Disponible en: <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp>

Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. San José: INAMU.

Jerez, Celeste (2015). *Partos “humanizado/respetados”, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Jerez, Celeste (2014). Clase y género en las propuestas de la “Humanización” del parto: Un análisis desde la Antropología Feminista. *Zona Franca. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres*. XXII (23), (83-92).

Jiménez, Carlos (2006). Acción colectiva y movimientos sociales. Nuevos enfoques teóricos y metodológicos. *VII Congreso Asociación Latinoamericana de Sociología Rural*. Disponible en:  
[http://www.contemporaneaugr.es/files/Tema%201\\_%20Teor%C3%ADas%20Movimientos%20Sociales.pdf](http://www.contemporaneaugr.es/files/Tema%201_%20Teor%C3%ADas%20Movimientos%20Sociales.pdf)

Kaplan, Nora (2007). La construcción discursiva del evento conflictivo en las noticias por televisión. Tesis doctoral. Universidad Central de Venezuela.

Korol, Claudia (2008). Una perspectiva feminista en la formación de los movimientos populares: la batalla simultánea contra todas las opresiones. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Caracas, 13 (31), (27-37).

Laako, Hanna (2016). Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, Año LXI, 227, (167-194).

Laako, Hanna (2015). La política del nacimiento, la política de la transformación: los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia. *Imagen Instantánea de la Partería*. Sánchez, G. (Ed.) México: Ecosur y Asociación Mexicana de Partería. (85-110).

Larrinaga, Irkus (2016). La formación del discurso contrahegemónico en contextos de emergencia social: análisis crítico del discurso en redes del fenómeno de los escraches. Tesis doctoral para optar al título de Doctor en Filología. Cantabria: Universidad de Cantabria.

Lugones, María. (2010). Hacia un feminismo decolonial. *Hypatia*, 25 (4).

Mamasol (s.f.). *Quiénes somos*. Disponible en:  
[http://www.mamasol.com/quienes\\_somos/](http://www.mamasol.com/quienes_somos/)

Mamasol (s.f.). *Quiénes somos. Nuestra historia*. Disponible en:  
[http://www.mamasol.com/nuestra\\_historia/](http://www.mamasol.com/nuestra_historia/)

Mamasol (s.f.) *Proyectos y servicios. Trabajo con parteras*. Disponible en:  
[http://www.mamasol.com/servicios\\_trabajo\\_con\\_parteras/](http://www.mamasol.com/servicios_trabajo_con_parteras/)

Martínez-Salgado, Carolina (2012), El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), (613-619).

Magrini, Ana Lucía (2011). La efervescencia de la protesta social. *Vamos a portarnos mal. Protesta social y libertad de expresión en América Latina*. Magrini, A.L; Rabinovich, E. y Rincón, O. (Eds.), Bogotá: Centro de Competencia en Comunicación para América Latina y Friedrich Ebert Stiftung, (31-52).

Mills, Sara (1993). *Close Encounters of a Feminist Kind: Transitivity and Pop Lyrics. Feminist linguistics in literary criticism*. Wales, Katie (Ed.), Cambridge: DS Brewer, (137-156).

Ministerio de Salud (2017). 90 años trabajando por la salud y el bienestar de Costa Rica. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/memorias/3434-ministerio-de-salud-90-anos/file>

Mora, Patricia (2019, marzo 15). Palabras introductorias en Seminario *Retos y desafíos frente a la garantía de los derechos humanos de las mujeres en Costa Rica*. Instituto Nacional de las Mujeres, San José.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados del parto, para una experiencia de parto positiva*. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Disponible en: [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1985). *Declaración de Fortaleza*. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>

Organización Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW*. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Parra, Marcela (2005). La construcción de los movimientos sociales como sujetos de estudio en América Latina. *Athenea Digital* (30), (72-94). Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/39155/39017>

Perdomo-Rubio, Martínez-Silva, Lafaurie-Villamil, Cañón-Crespo y Rubio-León (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Universidad de Antioquia. 37 (2), (25-135). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2019000200125&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2019000200125&script=sci_abstract&lng=es)

Preciado, Beatriz. (2010). Transfeminismo y micropolíticas del género en la era farmacopornográfica. *Revista Artecontexto*. 21. Madrid.

Pozzio, María (2013). Una propuesta de Parto Humanizado/respetado, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Pujal, Margot y Pujol Joan. (1995). Discurso, orden social y relaciones de poder. Una propuesta y su ejemplificación en el discurso sobre la maternidad. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 5 (1/2), (165-183).

Reisigl, Martin y Wodak, Ruth (2001). *Discourse and Discrimination: Rhetorics of Racism and Antisemitism*. London: Routledge.

Relacahupan (s.f.) *Humanizar el parto y el nacimiento*. Revista de la Red Latinoamericana y del Caribe por la humanización del parto y el nacimiento. San José.

Richardson, John E. (2006). *Analysing newspapers. An approach from critical discourse analysis*. Basingstok: Palgrave Macmillan.

Riechmann, Jorge y Fernández, Francisco (1994). *Redes que dan libertad. Introducción a los nuevos movimientos sociales*. Buenos Aires, Paidós.

Rodríguez, Mayela (1999). Rompiendo el cordón. *Revista Educación*, 23 (2), (25-41).

Sadler, Michele (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33, (45-57).

Sadler, Michele (2003). "Así me nacieron a mi hija". Aportes antropológicos para el análisis de la Atención Biomédica de parto Hospitalario". *Tesis en Antropología Social*, Universidad de Chile.

Sagot, Monserrat (2007). (Re) Definiendo las identidades y la acción política: multitudes diversas, sujetos colectivos y movimientos sociales en la Centroamérica del nuevo milenio. *Cuadernos de Sociología* (7), (9-18).

Saletti, Lorena (2014). Múltiples feminismos y discursos sobre maternidades. *Seminario de autoformación RED-CAPS: Hablemos otra vez de maternidad*, 25 de octubre, Barcelona. Disponible en: [www.caps.cat/images/stories/Lorena\\_Saletti.pdf](http://www.caps.cat/images/stories/Lorena_Saletti.pdf)

Sánchez, Dolores (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barral, María José; Magallón, Carmen; Miqueo, Consuelo y Sánchez, María Dolores (Eds.), Colección Antrazyt, Barcelona: Icaria, (161-184).

Sandoval, Carlos (2010). De los medios a los fines. La comunicación como bien público. *Revista Latinoamericana de Comunicación, ALAIC*, (13).

Serrano, Manuel (2011). Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad. *Enfermería en Costa Rica*, 32 (2), (19-26).

Simpson, Paul (1993). *Language, ideology and point of view*. London: Routledge.

Thompson, Jhon (1998). *Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación*, Barcelona: Paidós editorial.

Tornquist, Carmen y Lino, Fernanda (2005). Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en Antropología*. 6 (211-2117). Buenos Aires.

Tristán, Larissa (2015). *El barrio multicultural en el discurso periodístico informativo. Análisis del mensaje y su recepción por parte de un grupo de adolescentes del barrio de Raval de Barcelona*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

Tornquist, Carmen (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*. 10 (2), (483-492).

Violi, Patrizi (1991). *El infinito singular*. Madrid: Cátedra.

van Dijk, Teun (2011) *Sociedad y discurso*. Barcelona: Gedisa.

van Dijk, Teun (2009). *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa.

van Dijk, Teun (2000). El estudio del discurso. van Dijk, Teun (Ed.) *Estudios sobre el discurso. Una aproximación interdisciplinaria* (21-66). Barcelona: Gedisa.

Waisbord, Silvio. (2014): *Vox Populista. Medios, periodismo, democracia*. España: Gedisa Editorial.

Wodak, Ruth (2003). El enfoque histórico del discurso. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak, Ruth y Meyer, Michael (Comps.). Barcelona: Gedisa.

### Referencias notas de prensa:

Alumbramientos en casas sobreviven en Costa Rica (13 de julio, 2008). *La Nación*. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/alumbramientos-en-casas-sobreviven-en-costa-rica/XYUQ7M3CQNFXRHGVMNEDVOEFKY/story/>

Ávalos, Ángela (18 de setiembre, 2017a). Colegio de médicos: Ningún parto debe atenderse en la casa por riesgos para madre e hijo. *La Nación*. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/colegio-de-medicos-ningun-parto-debe-atenderse-en-la-casa-por-riesgos-para-madre-e-hijo/4TYYHXNRO5EA3MLXADDVGOH6NM/story/>

Ávalos, Ángela (13 de marzo, 2017b). Colegio de Médicos investiga muerte de mujer que decidió dar a luz en su casa. *La Nación*, 13 de. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/colegio-de-medicos-investiga-muerte-de-mujer-que-decidio-dar-a-luz-en-su-casa/6NQ2BDD7SNDYHPWKDQZPIURF74/story/>

Ávalos, Ángela (31 de mayo, 2016a). Costa Rica será sede de discusión sobre violencia obstétrica. *La Nación*. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/costa-rica-sera-sede-de-discusion-sobre-violencia-obstetrica/UA6RG7JY7BFMXI4BHYOLT3ETQ4/story/>

Ávalos, Ángela (5 de mayo, 2016b). Enfermeras alertan a población por riesgos de partos guiados por 'doulas' o parteras. *La Nación*. Disponible en: <http://www.nacion.com/el-pais/salud/enfermeras-alertan-a-poblacion-por-riesgos-de-partos-guiados-por-doulas-o-parteras/ENYKCML7FBBWTGHCFNURW6OVH4/story/>

Ávalos, Ángela (1 de mayo, 2016c). Moda de partos caseros se extiende sin controles. *La Nación*. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/moda-de-partos-caseros-se-extiende-sin-controles/YSYSXGWETNFDDHWLLOMYSBRDQJ/story/>

Ávalos, Ángela (1 de mayo, 2016d). Rafael Salazar, coordinador de la Comisión Nacional de Mortalidad Materno Infantil: 'Ni Ministerio de Salud ni CCSS avalamos el parto en el hogar'. *La Nación*. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/rafael-salazar-coordinador-de-la-comision-nacional-de-mortalidad-materno-infantil-ni-ministerio-de-salud-ni-ccss-avalamos-el-parto-en-el-hogar/HBVSUWTCVH7FFAYAV72O4A27Y/story/>

Ávalos, Ángela (23 de octubre, 2015). Costa Rica dará cuentas este viernes por violencia obstétrica en hospitales. *La Nación*. Disponible en: [http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Pais-cuentas-violencia-obstetrica-hospitales\\_0\\_1519848063.html](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Pais-cuentas-violencia-obstetrica-hospitales_0_1519848063.html)

Batalla, Marisa (12 de enero, 2016). Una de miles: la violencia obstétrica en Costa Rica. *Revista Vacío*. San José. Disponible en: <http://revistavacio.com/genero/violenciaobstetrica/>

Cambroner, Natasha (5 de mayo, 2018). Rodolfo Piza pidió excluir el 'parto humanizado' del acuerdo con el Frente Amplio y Carlos Alvarado. *La Nación*. Disponible en: [https://www.nacion.com/el-pais/politica/rodolfo-piza-pidio-excluir-el-parto-humanizado/IEDTI3NP4ZAO3BWMR6RBQPKNCA/story/?fbclid=IwAR1ofLoF6JVNm4MwWwINTHO2JAwTSTHybX\\_yNwUNITL3yH8050SpYBSvvel](https://www.nacion.com/el-pais/politica/rodolfo-piza-pidio-excluir-el-parto-humanizado/IEDTI3NP4ZAO3BWMR6RBQPKNCA/story/?fbclid=IwAR1ofLoF6JVNm4MwWwINTHO2JAwTSTHybX_yNwUNITL3yH8050SpYBSvvel)

Cascante, Sharon (14 de marzo, 2017). Mujer de 30 años coloca realidad de partos caseros en ojos de las autoridades. *La Prensa Libre*. Disponible en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/105648/mujer-de-30-anos-coloca-realidad-de-partos-caseros-en-ojos-de-las-autoridades>

Colegio de Médicos pretende prohibir partos fuera de hospitales (13 de marzo, 2017). *Repretel*. Disponible en: <http://www.repretel.com/actualidad/colegio-de-medicos-pretende-prohibir-partos-fuera-de-hospitales-68943>

En el Día Internacional de la Partería, Colegio de Enfermeras de Costa Rica previene sobre peligro de partos guiados por "doulas" (5 de mayo, 2016). *Colegio de Enfermeras de Costa Rica*. Disponible en: <https://www.enfermeria.cr/index.php/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa?id=63>

Guerrero, Angie (14 de marzo, 2017). Dan un "no" rotundo a los partos en casa. *Crhoy.com*. Disponible en: <https://www.crhoy.com/nacionales/dan-un-no-rotundo-a-los-partos-en-casa/>

Hernández, Carlos (5 de agosto, 2015). Partera documentó en cuadernos datos de 3.000 chiquitos. *La Nación*. Disponible en: <http://www.nacion.com/el-pais/partera-documento-en-cuadernos-datos-de-3-000-chiquitos/AEIJVOMK5NE2HELNO4DWWEOTJ4/story/#>

La Sala Constitucional establece la salud como un derecho integral que abarca lo físico y emocional (2015b). *Sala Constitucional de Costa Rica*. Sentencia: 2015-1127. Comunicado de prensa SC-CP-01-15. Disponible en: <https://www.poderjudicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/component/phocadownload/category/120-c2015>

Naranjo, Julio (31 de julio, 2019). 58% de las mujeres sufrieron violencia durante atención del parto, según encuesta. Teletica.com. Disponible en: [https://www.teletica.com/232277\\_58-de-las-mujeres-sufrieron-violencia-durante-atencion-del-parto-segun-encuesta](https://www.teletica.com/232277_58-de-las-mujeres-sufrieron-violencia-durante-atencion-del-parto-segun-encuesta)

Partos a domicilio (27 de enero, 2017). Editorial. La Nación. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/editorial/partos-a-domicilio/IL2PMT4KRVHSLB5VZIO2XK356Y/story/>

Partos fuera del hospital no cuentan con regulación (14 de marzo, 2017). *Repretel*. Disponible en: <http://www.repretel.com/actualidad/partos-fuera-del-hospital-no-cuentan-con-regulacion-69125>

Porras, Karina (30 de enero, 2017). Colegio de Enfermeras alerta sobre riesgos de partos atendidos en el hogar. *Monumental*. Disponible en: <http://www.monumental.co.cr/2017/01/30/colegio-de-enfermeras-alerta-sobre-riesgos-de-partos-atendidos-en-el-hogar/>

Ramírez, Andrés (29 de abril, 2019). Partos caseros toman fuerza en el país. *Repretel*. Disponible en: <http://www.repretel.com/actualidad/partos-caseros-toman-fuerza-en-el-pais-149732>

Sala Constitucional resuelve amparo por presencia de personal de apoyo masculino en procedimientos que afectan la dignidad de la mujer (2015a). *Sala Constitucional de Costa Rica*. Sentencia: 2015-3354. Comunicado de prensa SC-CP-12-15. Disponible en:

<https://www.poderjudicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/component/phocadownload/category/120-c2015>

Solís, María Isabel (14 de mayo, 2018). 94 de cada 100 nacimientos se atienden en las maternidades de la CCSS. *Caja Costarricense de Seguro Social*. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?94-de-cada-100-nacimientos-se-atienden-en-maternidades-de-la-ccss>.

Zúñiga, Auxiliadora (31 de enero, 2017). Parto casero mata madre. *Diario Extra*. Disponible en: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/323555/parto-casero--mata-madre>.

Zúñiga, Auxiliadora (17 de mayo, 2016). Mujeres demandan partos más humanizados. *Diario Extra*. Disponible en: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/292863/mujeres-demandan-partos-mas-humanizados>

### Referencias de publicaciones de Facebook:

Alto a la Violencia Obstétrica en Costa Rica (2018, noviembre 23). Plantón Oficinas Centrales CCSS Alto A la Violencia Obstétrica [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/events/190063958591676/>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2018, julio 29). "Invitamos al próximo círculo de mamás para compartir, conocernos, hacer tribu" Texto de imagen: Círculo de Mamás. Historias de posparto: la importancia de la tribu". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/957002444487533:0>

MAMASOL Costa Rica (2018, mayo 30). "Doulear: el arte de sostener, apoyar, amar, respetar, escuchar, admirar y acompañar mujeres embarazadas y a sus familias antes, durante y después del parto". [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1995052203860099&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1995052203860099&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2018, mayo 6). "Feliz Día a todas las parteras alrededor del mundo que trabajan con tanto amor, ética, entrega, y calidad para cuidar a las mujeres y bebés como se lo merecen!!" [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1969972099701443&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1969972099701443&id=110608512304487)

Anidar (2018, mayo 2). "Esta feria se celebra como parte del movimiento internacional en el marco de la "Semana Mundial del Parto Respetado, 2018". Es un espacio cultural creado por y para el empoderamiento de las mujeres y busca brindar información, orientación, sensibilización y apoyo a las mujeres embarazadas, familias gestantes, personal de salud y público en general. Iniciamos actividades a las 9am que se extenderán durante todo el día, tendremos stands con productos y comida". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/events/173810966657285/>

MAMASOL Costa Rica (2017, diciembre 11). "El lenguaje que usamos afirma que el hospital tiene el poder absoluto sobre los cuerpos de las mujeres y sus bebés contrario a las normas de atención que dicen que las mujeres tienen derecho (sic) a decidir sobre todos los procedimientos y sus cuerpos". [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1810500155648639&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1810500155648639&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, noviembre 24). Texto de imagen: "#no más violencia#, #25N# Ni una menos muerta, acosada, irrespetada durante el parto por violencia machista!". [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1790876720944316&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1790876720944316&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, octubre 20). "Ayer alguien me pidió apoyo de "artículos científicos" para apoyar a una mujer de 17 años que ha sido programada para cesárea porque es menor de 18 años (y todos sabemos que mágicamente el día que cumplas 18 años tu

capacidad de parir es activa). Ella no quiere la cesárea pero su ginecólogo le está diciendo que la semana que viene la programa – a pesar de su deseo y elección. The Lancet hoy publica este artículo sobre el creciente movimiento de respetar el deseo, elección, conciencia y capacidad de toma de decisiones de las niñas. Que las menores de 18 años sean programadas para cesárea automáticamente es una violación absoluta de consentimiento, y es poner en riesgo su salud y la de su bebé por el resto de su vida. ¿Esto es lo mejor que podemos hacer?”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1754186327946689&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1754186327946689&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, octubre 14). Imagen con texto: “my body opens, my mind quiets, my baby descends”. Abajo texto traducido y ampliado: “Mi cuerpo se abre, mi mente se aquieta, mi bebé desciende... Aquí lo espero, al otro lado de mi piel. Lo recibo en mis brazos, se acomoda en mi pecho y lloramos juntos, celebrando el encuentro”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1748000351898620&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1748000351898620&id=110608512304487)

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, setiembre 30). “Una doula hace eso y más”... Compartido (no link): Una Doula... reconoce el nacimiento como un proceso sagrado y único que la mujer recordará toda su vida. Su misión es nutrir y proteger la memoria de esta experiencia...” [Actualización Facebook]. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/785091465011966>

MAMASOL Costa Rica (2017, setiembre 27). “Desde España, pero todo igual en Costa Rica”. Link a: “Un buen parto tiene un enorme efecto de empoderamiento en la madre. Ibone Olza, psiquiatra infantil, acaba de publicar Parir, donde explica la necesidad de una atención médica más respetuosa”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1731272716904717&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1731272716904717&id=110608512304487)

Anidar (2017, setiembre 26). “Empoderarse es cuestión de cada día, confiar en nuestra intuición y aprender a fluir con la vida y los procesos”. Texto de imagen: “It’s easy to scare women. It’s even profitable to scare women...but it’s not nice. So let’s stop it – Ina Way Gaskin”. Traducción (mía): “Es fácil asustar a las mujeres. Es incluso rentable asustar a las mujeres, pero no está bien. Así que dejemos de hacerlo”. Link a blog: “5 Ways Mothers Give Away Their Power. Dear Mama, You have more power than you might think. You are the master of your domain, and the domain is you and your child (ren). Master, not to be confused with dominance and control”. Traducción (mía): 5 formas en que las madres pierde su poder. Querida mamá, usted tiene más poder del que piensa. Usted es dueña de su territorio, y su territorio es usted y su(s) hijo(s). Ese dominio no debe confundirse con dominación y control...” [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/1115028028630204>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, setiembre 24). “Importantes avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia, cuya finalidad era la de solucionar problemas específicos se han vuelto en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera arbitraria, injustificada y por rutina para cumplir con determinados protocolos hospitalarios. Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de “Cascada de intervenciones” que medicalizan innecesariamente el proceso de parto normal. Este tipo de atención produce un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos (inducciones, extracciones instrumentales, episiotomías) y el ingreso de bebés en unidades neonatales sin mejorar la mortalidad y empeorando la morbilidad materno-infantil”. Link a video: “Parto medicalizado hoy en día”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/780949282092851>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, setiembre 23). “Como alternativa a la presión ejercida de manera externa, se recomienda y se sugiere que se haga lo posible por aprovechar la ley de la gravedad: si una mujer se tumba el bebé no cae hacia el exterior, sino que cae hacia la columna de la madre, hacia su espalda, y el camino hacia el exterior se hace más difícil, dependiendo sobre todo de la fuerza de la madre a la hora de pujar”. Link a: “Por qué no se recomienda la manobra de Kristeller durante el parto...habitual en las salas de parto pero desaconsejada desde hace años por el riesgo para la salud de la madre y el feto”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/780943305426782>

MAMASOL Costa Rica (2017, setiembre 21). “Porque el parto es pura fuerza. Pura potencia. Me pregunto si no será esa la razón, en el fondo, por la que se trata de controlar. Porque si las mujeres somos capaces de sentir que nos estamos muriendo, pero seguimos adelante, es que somos en realidad capaces de todo. Hayas parido o no. Como mujeres, tenemos esa capacidad. Rodearlo de miedo es neutralizar esa potencia. Es, una vez más, echarnos de un espacio que nos pertenece. Iciar Bollaín”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1725668430798479&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1725668430798479&id=110608512304487)

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, setiembre 20). “En los hospitales se utiliza una droga llamada pitocín administrada en un suero intravenoso, con la finalidad de acelerar el parto. En algunas salas de maternidad el uso de esta potente droga ha llegado a ser prácticamente una rutina o norma de atención, así es que se la aplican a mujeres en procesos de parto totalmente normales, es decir, cuando no existe indicaciones reales. Existen maneras más seguras que el pitocín para “ayudar”, facilitar o acelerar un parto lento. Después de que haya tratado con métodos más seguros para estimular las contracciones, se puede usar el pitocín, como un recurso novísimo”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/779773015543811>

MAMASOL Costa Rica (2017, setiembre 18). “Mucho amor y gratitud para nuestra querida compañera Marie Tyndall, co-fundadora de Mamasol. Se va del país por un tiempo, pero siempre se quedará conectada de corazón. Gracias por liderar el camino y luchar por las mujeres, bebés y familias de Costa Rica”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1722694517762537&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1722694517762537&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, setiembre 10). “Dar a luz en casa no es algo de hippies. También las princesas y las mujeres informadas elijan (sic) el hogar. Un ambiente privado, íntimo y familiar es lo más óptimo para el nacimiento, debido a las hormonas que producimos las mujeres. Son las mismas hormonas del sexo y el orgasmo, un acto que también funciona mejor con privacidad y amor. Siempre con un hospital cerca y un equipo médico disponible en caso de necesidad de cesárea o atender una emergencia”. Link a: “Duchess of Cambridge wants a home birth...”. Traducción (mía): “Duquesa de Cambridge quiere un parto casero”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:

[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1715357918496197&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1715357918496197&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, agosto 30). “Cambios positivos en la CCSS sistema de maternidad. Seguimos luchando para que toda madre, bebé y familia puedan recibir la optima calidad de atención en el parto...seguro, amoroso, sin intervenciones ni presiones, con personas de confianza a su lado, y el poder para elegir sobre su cuerpo. Porque es su

derecho!!". Link a: "Hospital San Vito modificará atención del parto a mujeres de pueblo Gnope.[Actualización Facebook]. Recuperado de:  
[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1704836726214983&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1704836726214983&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2017, agosto 18). "El trato infantilizador durante el parto, hace parte del maltrato (sic) y la falta de respeto durante la atención del parto". Texto de imagen: "Infantilización en el parto. No es una niña, es una mujer ponderosa pariendo. No es "mamita" o "gordita". Empoderemos a nuestras mujeres". [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1693562480675741&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1693562480675741&id=110608512304487)

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, agosto 13). "Todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado. Este es el motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró 16 recomendaciones muy importantes que deberían ser conocidas por todas las embarazadas". Link a: "Parto humanizado según la Organización Mundial de la Salud". [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/758234387697674>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, agosto 12). "La cesárea es una operación mayor que debería ser empleada como último recurso, cuando todas las alternativas han sido agotadas. El índice alto de cesáreas es un indicador de subdesarrollo y no lo contrario. Costa Rica no es la excepción, las cesáreas innecesarias siguen en aumento". Link a: "La cesárea ya es una epidemia en Latinoamérica. La región tiene la tasa más alta del mundo". [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/758227264365053>

Anidar (2017, agosto 10). "Las invitamos a nuestra clase de hoy de YOGA y EDUCACION PRENATAL, disfrutar el embarazo y empoderarnos para el parto y la maternidad, hoy a las 6pm". Link a: "Entrevista a Michel Odent; sin miedo y sin estrés. Es uno de los obstetras más reconocidos del mundo. Michel Odent asegura que la parafernalia médica, lejos de ayudar a las mujeres a parir, les produce un miedo y un estrés impresionantes...". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/1089640681168939>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, agosto 3) "La primera hora después del nacimiento importa. Qué (sic) no nos separen!!". Link a: "¿Qué es "la hora sagrada" y qué efectos tiene sobre los niños y las madres cuando se respeta? La llaman "hora sagrada" pero es mucho más que 60 minutos. Durante estos primeros momentos de la vida si hay contacto íntimo". [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/752744208246692>

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2017, julio 20). "Una bella oportunidad para compartir. Texto de imagen: "Círculo de Mujeres Mujer-Madre-Vida. Reunidas para compartir esta hermosa energía maternante. Tema: Nuestra Palabra Creadora". [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/7447431090468020>

Anidar (2017, junio 15). "He notado que en los espacios políticos feministas, cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos, se habla de aborto, anticonceptivos, educación sexual (luchas que por supuesto comparto) pero no se toca el tema de la maternidad (o apenas por encima, dentro del discurso de la madre víctima del sistema patriarcal, condenada a lo

doméstico, -cosa que también es cierta-)...El problema no es la lactancia materna, el problema es convertirse en madre dentro de esta sociedad violenta, patriarcal, y mercantilista, que ha usado la maternidad como otro mecanismo de control y sumisión de las mujeres...Es necesario un feminismo...que siga repudiando la maternidad como institución, como mecanismo de control, como mandato; pero que defienda la maternidad libre y conciente (sic)... Es necesario hacer política feminista en función de las necesidades de las mujeres y sus familias, hacer sociedades más humanas, centradas en las personas, en su calidad de vida, verdadera justicia y equidad; en lugar de buscar adaptar a las mujeres al mundo actual, al mundo machista, capitalista y egoísta”. [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/1052823228184018>

Anidar (2017, mayo 16). Texto de imagen “Círculo de Mujeres. Historias de Nacimientos. En la semana mundial del parto respetado. Un encuentro para reconciliar con el cuerpo y agradecer nuestras experiencias de parto”. [Actualización Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/1034080143391660:0>

Anidar (2017, abril 28). “Les compartimos las actividades que con mucho cariño estamos organizando para unirnos a la celebración de la semana mundial por un parto RESPETADO”. Texto de imagen: “V Feria de Parto Respetado. Respetando los tiempos del Nacimiento...Charla: Parto Humanizado: un Derecho NO negociable... Taller: Parto Respetado y Seguro: una necesidad global. A cargo de Cristina Alonso de México”. [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/1023587501107591:0>

MAMASOL Costa Rica (2017, marzo 24). “La humanización del parto es un tema feminista. Hay que seguir visibilizando y denunciando cada caso de abuso de los derechos humanos en el embarazo, parto y posparto”. [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1517282944970363&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1517282944970363&id=110608512304487)

Anidar (2017, marzo 16). “Próximo curso de preparación al parto: Recordando la sabiduría del nacimiento, 1 y 2 de abril”. Texto de imagen: “Aprender, disfrutar, prepararse, confiar, estar juntos, libertad de movimiento, dar a luz... Curso de preparación del parto”. [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/992596207540054:0>

MAMASOL Costa Rica (2017, febrero 14). “LA ESCUELA DE DOULAS DE MAMASOL FORMA PARTE DE LA RED MUNIDAL (sic) DE DOULAS. EL TRABAJO DE LA DOULA CONSISTE EN LO SIGUIENTE.....La Doula provee acompañamiento y apoyo emocional durante el embarazo, parto y posparto, Durante la labor, sugiere medidas de comodidad y acompaña a la mujer en todo momento. En el posparto ofrece información y apoyo emocional a la madre mientras se ajusta a su nuevo rol. En cuanto a la alimentación infantil, promueve la lactancia materna pero respeta las decisiones y deseos de la madre. Escucha a la madre y le sugiere herramientas para propiciar el vínculo entre ella y su bebé. Límites para Practicar. La Doula NO proporciona cuidados clínicos como tomar la presión arterial o la temperatura, monitoreo de tono fetal de corazón, exámenes vaginales o el cuidado clínico durante el posparto. La Doula no acompaña partos sin asistencia de un profesional”. [Actualización Facebook]. Recuperado de: [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1470818959616762&id=110608512304487&substory\\_index=0](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1470818959616762&id=110608512304487&substory_index=0)

Anidar (2016, agosto 22). “Y qué tal esto para empezar una hermosa semana...Las mujeres fuimos creadas con un brillo especial otorgado de lo alto que nos caracteriza...Tenemos una mente poderosa capaz de redireccionar el mundo entero; un corazón enorme que multiplica exponencialmente su capacidad de amar, un suelo pélvico que sostiene los órganos capaces de dar vida; un útero majestuoso que puede crear, albergar y nutrir; así como un par de pechos

que sin importar su tamaño, hacen brotar chorros del más delicioso e invaluable oro líquido”. Link a: “Dando a luz... sería maravilloso que todos los niños y las niñas, o al menos la gran mayoría...” [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/anidarcr/posts/860561794076830>

MAMASOL Costa Rica (2016, junio 23). “Algunas de las mentiras que los medicos (sic) en Costa Rica han llegado a decir a las mujeres para convencerlas a programar una cesárea no-justificada...-es un bebe (sic) muy grande –es un bebe (sic) muy pequeño –ya no está creciendo – tiene más de 35 años...”. Link a: “Futura mamá: desconfía del médico que te recomienda una cesárea en un embarazo normal”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1233582646673729&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1233582646673729&id=110608512304487)

Embarazo y Nacimiento Sagrado Costa Rica (2016, junio 22). “El útero maravilloso! Dador de vida, placer, amor, expansión es en ocasiones tan desconocido!! Acá les compartimos información valiosísima”. Link a: “11 datos asombrosos que debes saber sobre tu útero...los cuerpos de las mujeres guardan en su interior un órgano precioso, fuerte, poderoso, lleno de creatividad y de una enorme capacidad orgásmica”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/EmbarazoYNacimientoSagradoCostaRica/posts/727093170811796>

MAMASOL Costa Rica (2016, mayo 29). “Feliz domingo!” Texto de imagen: “Cada mujer que se sana a sí misma contribuye a sanar a todas las mujeres que la precedieron y a todas aquellas que vendrán después de ella. Christiane Northrup”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1216838701681457&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1216838701681457&id=110608512304487)

MAMASOL Costa Rica (2016, mayo 17). “Vámonos guerreras de amor! Alzamos la voz y exigimos nuestros derechos. Parir es parte de nuestra naturaleza poderosa y divina ... y todas merecemos atención respetuosa, segura e amorosa”. Texto de imagen: “El nacimiento humanizado es asunto de todos. II Marcha por un parto respetado. 17 de mayo 2016. Desde el Parque La Merced hasta la CCSS-San José. Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé. Semana mundial por el parto respetado”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
[https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=1208576629174331&id=110608512304487](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1208576629174331&id=110608512304487)

Anidar (2016, mayo 11). “La 4ta feria del Parto respetado tendrá variedad de actividades para que puedan informarse y además disfrutar un día en familia, porque el evento está dirigido a todo público en general, para personal de salud, para familias, para quienes decidieron tener hijos o bien para quienes no lo decidieron. Esta feria se dirige a todas las mujeres embarazadas en general, que asisten a instituciones públicas y privadas, con el fin de promocionar procesos de embarazos y partos saludables y respetados, y al mismo tiempo prevenir más casos de la tan reiterada violencia obstétrica que denuncian las mujeres.” Texto de imagen: “4ta feria de parto respetado. Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé. Domingo 15 de mayo 2016 Hotel Ave del Paraíso”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/anidarcr/posts/804809662985377:0>

Anidar (2016, mayo 3). L@s esperamos”. Texto de imagen: “4ta Feria de Parto Respetado. Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé... Charla: Cómo promover un parto respetado basado en la evidencia científica...Conversatorio: Construyendo nuevos paradigmas para la atención de partos respetados...Importancia del acompañamiento femenino durante la maternidad”. [Actualización Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/anidarcr/posts/804809662985377:0>

Anidar (2016, abril 3). "ANIDAR invita" Texto de imagen: "Ven a conocer esta ciencia milenaria y sus beneficios para prevenir y curar muchas enfermedades. Fecha: jueves 14 abril. Hora: 7pm. Introducción a la Medicina Ayurveda". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/events/1107568172595496/>

Anidar (2016, marzo 12). "La Abuelita Tonalmitl es una mujer de gran sabiduría, abuela de la danza de la luna en México y Costa Rica. Un corazón gigante y hermoso, mujer medicina de muchas mujeres y familias, es un verdadero honor tenerla con nosotros. Por favor no se pierdan esta charla vale muchísimo la pena" Texto de imagen: Charla con Abuelita Tonalmitl, Medicina de Mujer..." [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/773327269466950:0>

MAMASOL Costa Rica (2016, febrero 28) "Las Doulas siempre existieron y nunca existió un diploma que las acreditara, pero no por eso eran menos comprometidas con su labor de acompañar mujeres durante el parto...pero realmente es lo que menos me importa, porque nunca existirá un papel lo suficientemente oficial que me certifique lo que siento en mi interior cuando estoy al lado de una mujer que está en parto... No trabajo de Doula, soy Doula. Y como doula no dispongo de formación médica, porque no soy ginecóloga, ni matrona, ni anestésista, ni enfermera. No resuelvo complicaciones médicas si estas se dan durante el proceso de parto... Soy Doula y esto significa que cualquier situación importante para la mujer lo es también para mí, ya que la parte fundamental del trabajo de una doula es sostener a la futura madre en todas sus emociones de una manera respetuosa, sin juicios, cercana y ayudándola a disipar sus dudas y sus miedos". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/mamiferaconsciente/videos/vb.772523016242690/844857282342596/?type=2&theater>

Anidar (2015, diciembre 11). "Para cambiar el mundo hay que cambiar primero la forma en que nacemos" Michel Odent. Gracias Jenni y Julio por permitirme acompañarlos en este nacimiento maravilloso. Bienvenidos Tobías y Elena". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/727832457349765:0>

Anidar (2015, setiembre 30). "MANTRA PARA EL PARTO...Yo se parir...Como parieron las mujeres que me precedieron...Mi madre, mi abuela, mi bisabuela, mi tatarabuela...Y así hasta la primera mujer.... Lo llevo grabado en mis células. Es su legado. Mi cuerpo sabe parir. Como sabe respirar, digerir, engendrar, andar, hablar, pensar...Yo soy 'la que sabe'... Y 'la que sabe' me susurra...Encuentra tu hembra de poder y conviértete en ella'. Y siendo ella, mamífera todopoderosa, doy a luz". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/698679400265071:0>

Anidar (2015, setiembre 10). "Con muchísimo gusto y gratitud invitamos". Texto de imagen: "III Encuentro Latinoamericano de Doulas y Parteras. San José, Costa Rica. Expositora invitada: Kelia Alvarado García. Madre de dos hijos, Doula comunitaria integrante de Se Pare (Puerto Rico), trabajadora social con experiencia en acompañar durante el parto y posparto a madres adolescentes, sobrevivientes de violencia, abuso y mujeres privadas de libertad". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/689456754520669:0>

Anidar (2015, mayo 18). "Las invitamos a disfrutar del "Taller de Lactancia Materna" a cargo de la Liga de la Leche de 1pm a 2:30 pm en La Feria de Parto Respetado". Texto de imagen: "3era Feria del Parto Respetado. El parto es un asunto de salud pública...Si bien dar a luz es de la mujer, es de todos nacer". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/642513879214957:0>

Anidar (2015, febrero 17). "Vamos!!! Texto de evento: Parir es Poder...Cineforo contra la violencia en los partos". [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/600782066721472>

Anidar (2015, enero 22). "Somos la única especie de mamíferos que duda de su capacidad de dar a luz" (Ina May Gaskin). [Actualización Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/anidarcr/posts/587186501414362:0>

## ANEXOS

## 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

POSGRADO EN COMUNICACION  
Tel: 2511-5905

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY  
N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL  
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

**Las construcciones socio-discursivas del Movimiento Costarricense  
por el Parto Humanizado o Respetado**

Código (o número) de proyecto: \_\_\_\_\_

Nombre de el/la investigador/a principal: Laura Chinchilla Alvarado \_\_\_\_\_

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO**

La investigación para la cual usted nos brindará esta entrevista corresponde al Trabajo Final de Graduación (tesis) en Comunicación y Desarrollo de la comunicadora y estudiante Laura Chinchilla Alvarado, titulado provisionalmente “Las construcciones socio-discursivas del Movimiento Costarricense por el Parto Humanizado o Respetado”, de la Maestría Académica del Posgrado de Comunicación de la Universidad de Costa Rica. La investigación tiene como propósito comprender y analizar lo que plantea y propone el movimiento social que promueve el parto humanizado o respetado en Costa Rica. Esto con el fin de comprender cómo este discurso interactúa con el modelo institucionalizado de parto. La información que le solicitaré tendrá fines exclusivamente académicos. Las preguntas son abiertas y el objetivo concreto de éstas es conocer su posición, su opinión y su experiencia con respecto al parto humanizado o respetado en Costa Rica y el movimiento que lo promueve.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Su participación en este estudio consistirá en responder oralmente -en calidad de persona experta en el tema de la atención del parto y conocedora del movimiento social que promueve el parto humanizado o respetado- unas preguntas que le hará la investigadora y que serán grabadas con teléfono celular. Sus respuestas serán posteriormente analizadas, junto con otros datos y entrevistas, como parte del proyecto de tesis descrito arriba. Esperamos que contestar estas preguntas no supere una hora de conversación, pero esto dependerá de la extensión y profundidad que usted dará a las respuestas. En cualquier momento que desee podemos suspender la entrevista así como la grabación de la misma.

**C. RIESGOS**

La participación en este estudio no tendría que significar riesgo o molestia alguna para usted, en tanto se trata únicamente de responder preguntas acerca de su experiencia profesional en torno a métodos de atención del parto. Existe el riesgo de la pérdida de confidencialidad en tanto sus respuestas puedan ser citadas en el documento de tesis y los resultados podrían aparecer en una publicación científica. En caso de preferirlo, sus respuestas serán citadas de manera anónima. En caso afirmativo, por favor indicar su deseo de confidencialidad/anonimato en este espacio.

**D. BENEFICIOS**

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, es posible que sus respuestas alimenten los conocimientos, la investigación y el debate público acerca de las prácticas de atención del parto y los planteamientos del movimiento social que promueve el parto humanizado o respetado. Por lo tanto los resultados de esta investigación podrían revertirse positivamente en el trabajo que realizan los colectivos que integran dicho movimiento, ya que aportará insumos para la construcción de estrategias de comunicación efectivas que les permitan posicionar su discurso en la agenda pública.

Al enriquecer el debate académico, político y social en torno a los métodos de atención de la salud sexual y reproductiva en Costa Rica, la investigación podrá aportar insumos para la generación de políticas públicas integrales que garanticen los derechos humanos de las mujeres gestantes.

**E. VOLUNTARIEDAD**

Su participación en esta investigación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, y que la persona puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin consecuencia alguna para usted.

## F. CONFIDENCIALIDAD

Una vez realizada esta entrevista, la información se mantendrá almacenada en versión digital (el audio y su transcripción escrita) en la computadora personal de la investigadora y el consentimiento informado en versión impresa, por tiempo indefinido. A esta información no tendrán acceso terceras personas excepto que para efectos de eventuales publicaciones posteriores (artículos académicos), en las que participasen otros investigadores, se haya consultado con usted de previo y usted haya otorgado consentimiento informado. Recuerde que usted tiene la opción de mantener su anonimato en relación con esta entrevista.

## H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización, usted debe haber hablado con la investigadora Laura Chinchilla Alvarado, cédula 109860360 y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora al teléfono 8341-7735 en el horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para cualquier consulta también puede comunicarse con el Posgrado en Comunicación al teléfono 2511-5905 en los horarios de lunes, miércoles y viernes de de 8 a.m. a 4 p.m y martes y jueves de 1p.m. a 7p.m. La directora de la tesis es la Doctora Larissa Tristán Jiménez.

Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. Usted no perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído y entiendo toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

3

Firma de sujeto participante: \_\_\_\_\_  
 Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica – Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: \_\_\_\_\_ Comité Ético Científico -  
 Universidad de Costa Rica

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

**Versión junio 2017**

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

## 2. Guía de entrevista a representantes del MCPH/R:

## GUIA DE PREGUNTAS PARA REPRESENTANTES DEL MCPH/R

CATEGORIA Y/O VARIABLE	PREGUNTAS GUIA
El movimiento	<p>¿Pertenece a algún colectivo? ¿Cuál?</p> <p>¿Se siente parte de un movimiento social?</p> <p>¿Cuáles son sus demandas o objetivos?</p> <p>¿Quiénes participan? (tipo de población edad, género, educación, en que trabajan, cómo se involucran?</p> <p>¿Para quién es el movimiento?</p> <p>Si el movimiento tuviera éxito, ¿cuál sería la situación?</p> <p>¿Cuáles son los motivos o razones por los cuales usted/es participan de este movimiento?</p> <p>Cuénteme brevemente la historia del movimiento (se puede contar en etapas y fases)</p>
El parto	<p>¿Qué es un parto humanizado o respetado? ¿Cuándo un parto es humanizado o respetado y cuando deja de serlo?</p>
Las Prácticas	<p>¿Cuáles prácticas, rituales, acciones implica el parto humanizado/respetado?</p>
Principios/ valores asociados	<p>¿Cuáles principios o valores deben estar a la base de cualquier proceso de atención del parto?</p>
El cuerpo embarazado	<p>¿Quién decide sobre el cuerpo de las mujeres embarazadas? ¿A quién pertenece ese cuerpo? ¿Sabe el cuerpo de las mujeres cómo parir?</p>
Conocimientos sobre el parto	<p>¿Quién sabe sobre cómo debe parir una mujer? ¿Ella, su pareja, sus familiares, el doctor, la partera, todos, en qué medida? ¿Quién posee el conocimiento "obstétrico"?</p>
Espacio público	<p>¿Quién debe opinar sobre las políticas públicas en materia de embarazo, parto y posparto? ¿quién debe definir estas políticas?</p> <p>¿Es asunto solo de gobiernos y autoridades, o pueden opinar otros actores? ¿Por qué?</p>

### 3. Guía de entrevista a personal de salud:

**ENTREVISTAS CON PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA O HA TRABAJADO EN EL AREA DE ATENCION DEL PARTO EN HOSPITALES DE LA CCSS Y QUE CONOCE O SE HA VINCULADO CON EL MOVIMIENTO COSTARRICENSE POR EL PARTO HUMANIZADO O RESPETADO (MCPH/R)**

1. ¿Conoce usted qué propone el MCPH/R?
2. ¿Cuál es su vínculo con este movimiento social?
3. ¿Cree usted que la institucionalidad de la CCSS y su personal de salud es receptivo a las propuestas, planteamientos y demandas del MCPH/R?
4. ¿En cuáles aspectos considera que hay apertura? ¿en cuáles menos?
5. Por ejemplo sus colegas, ¿cómo se expresan en relación con los planteamientos del MCPH/R? ¿reconocen valor en las ideas y propuestas de este movimiento social? ¿comparten algunas? ¿rechazan tajantemente algunas? ¿se sienten amenazados por algunas? ¿cuáles?
6. ¿Ha aprendido algo la práctica médica en materia de parto de lo que plantean parteras y el MCPH/R? Y a la inversa ¿ha aprendido algo el movimiento social y la partería de la institucionalidad médica? ¿qué, específicamente?
7. Y usted ¿qué opina de lo que expresan y proponen desde el MCPH/R? ¿comparte algunas de esas ideas? ¿rechaza algunas de esas ideas?
8. ¿Cree usted que esto es un asunto de cada mujer, de cada familia, o que es un asunto que debe discutirse públicamente?
9. ¿Cree usted que el parto está o no lo suficientemente medicalizado?
10. ¿Cree usted que una partera está capacitada para atender un parto en casa, en una casa de partos o en un hospital?
11. Y las mujeres, ¿están capacitadas para parir con parteras ya sea dentro o fuera de los hospitales?
12. De acuerdo con la práctica médica actual en Costa Rica, ¿quién decide sobre el cuerpo embarazado? ¿la mujer embarazada, el médico, el esposo o compañero, la familia, la CCSS?

Ahora vamos a ver algunos elementos particulares con respecto a las propuestas e ideas del MCPH/R. Yo le voy a leer lo que plantea este movimiento, y usted me dirá su criterio u opinión con respecto a eso, así como cuál cree usted que es la representación social-institucional sobre dicha idea, es decir, cómo la entienden y la expresan quienes conforman el sistema biomédico institucional costarricense.

<b>Proposición del MCPH/R</b>	<b>Criterio individual</b>	<b>Perspectiva institucional</b>
El parto humanizado respeta el proceso natural del cuerpo.		
En un parto humanizado/respetado la mujer es protagonista de su proceso.		
El parto humanizado/respetado es un "derecho no negociable" y universal.		
El parto humanizado/respetado es un asunto de salud pública.		
El parto medicalizado implementa técnicas y métodos desaconsejados.		
El parto medicalizado tiene efectos negativos sobre la mujer y el bebé.		
El parto medicalizado violenta los derechos de las mujeres embarazadas.		
En los hospitales ocurre violencia obstétrica.		
La mujer y su cuerpo tienen el poder de dar vida.		
La mujer debe empoderarse para el parto y la maternidad.		
El parto es poder y por eso quieren controlarlo.		
La mujer decide sobre su parto.		