

Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica

Reflections on the obstetrical power/knowledge, feminist epistemology and feminist post-colonial, based on research on obstetric violence in Costa Rica

Gabriela Arguedas Ramírez¹

Escuela de Filosofía

Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM)

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

maria.arguedasramirez@ucr.ac.cr

RESUMEN

En este ensayo elaboro una reflexión acerca de los elementos epistemológicos que permean el saber/poder disciplinario que he conceptualizado como poder obstétrico, y que se ejerce a través de las diversas expresiones de la violencia obstétrica. Para ello hago uso del andamiaje teórico de autoras que han trabajado en el campo de la epistemología feminista, como Sandra Harding y Donna Haraway, al tiempo que atiendo las críticas que al respecto han sido planteadas por feministas descoloniales como Yuderkys Espinosa. Desde este engranaje conceptual, analizo datos empíricos de mi propia investigación, y de otras investigaciones cualitativas realizadas en América Latina, que recogen testimonios de mujeres que han sobrevivido la violencia obstétrica.

Me baso en la investigación que desarrollé en Costa Rica y que contó con el apoyo del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM), de la Universidad de Costa Rica. Parte de los resultados de ese proyecto fueron presentados en el marco de la audiencia temática ante la Comisión Interamericana de Derecho Humanos, que tuvo lugar en el 2015,

¹ Bioeticista feminista.

respecto de la violencia obstétrica en Costa Rica. Dicha audiencia fue tramitada de manera conjunta por el CIEM y el Centro por el Derecho y la Justicia Internacional (CEJIL).

PALABRAS CLAVE: Comunidad-convivencia-Millas-antropología-Roma.

ABSTRACT

In this essay I reflect on the epistemological elements that permeate the disciplinary knowledge / power that I have conceptualized as *obstetrical power*, and which is exercised through the various expressions of obstetric violence. For this I use the theoretical developments of authors who have worked in the field of feminist epistemology, such as Sandra Harding and Donna Haraway, while at the same time answering the criticisms that have been raised by decolonial feminist such as Yuderkys Espinosa. From this conceptual gear, I analyze empirical data from my own research, and from other qualitative researches conducted in Latin America, which collect testimonies from women who have survived obstetric violence.

I base my research in Costa Rica and was supported by the Center for Research in Women's Studies (CIEM), University of Costa Rica. Part of the results of this project were presented at the thematic hearing before the Inter-American Commission on Human Rights, which took place in 2015, regarding obstetric violence in Costa Rica. This hearing was a joint request by CIEM and the Center for Law and International Justice (CEJIL)

KEY WORDS: Community-coexistence-miles-anthropology-Rome

Introducción

En mi proceso de investigación empírica y de desarrollo teórico sobre la el poder y la violencia obstétrica en Costa Rica, me he planteado al menos dos reflexiones que contienen elementos de carácter epistemológico, ubicadas en dos dimensiones distintas pero interrelacionadas.

La primera de esas reflexiones surge al momento de enfrentar la burocracia académica, que tendía a dudar del término *violencia obstétrica*, de la pertinencia de investigar sobre un problema que se recibía con

escepticismo. Fue difícil hacerle entender a esta burocracia que el objetivo que me había planteado en ese proyecto de investigación era desarrollar conceptualmente esa noción, que en aquel momento circulaba de manera limitada dentro de algunos espacios activistas y en instancias intergubernamentales como UNFPA, pero cuyo planteamiento aún no ofrecía un profundo desarrollo teórico. De ahí que identificara una oportunidad para investigar el problema desde el ámbito académico y a partir de un trabajo empírico, con la motivación de ofrecer más elementos que facilitaran la comprensión de dicha forma de violencia.

Una vez concluida y publicada (una parte de) mi investigación, además de estas dificultades iniciales, inscritas en la burocracia universitaria de la cual dependen los procesos de presentación y aprobación de los proyectos de investigación, tuve conocimiento de que algunas estudiantes de grado que deseaban trabajar en la temática de la violencia obstétrica para llevar a cabo sus investigaciones de la licenciatura, se enfrentaron a esa desconfianza e incluso, en algunos casos, recibieron comentarios descalificativos por parte de profesores de la universidad. Algunas de esas estudiantes recurrieron a mí para que les apoyara en el proceso de justificar y defender sus propuestas de trabajos finales de graduación, frente a profesores en sus clases afirmaron que la violencia obstétrica era un invento, un problema inexistente.

Durante mi investigación encontré esa misma incredulidad y rechazo a priori del concepto dentro del gremio médico, con algunas pocas excepciones. Y más tarde comprobé que ciertas agencias e instituciones intergubernamentales están distanciándose del uso de este término porque lo consideran poco diplomático, ya que en varios países los gremios de especialistas en ginecología y obstetricia han expresado su molestia con este concepto debido a que insinúa que ellos y ellas pueden cometer agresiones contra las pacientes. Un ejemplo de esto es la OMS y la OPS, que no utilizan el término violencia obstétrica, a pesar de que UNFPA lo ha utilizado desde hace ya varios años. La OMS y la OPS se refieren al problema como irrespeto y abuso durante el parto². Este es un eufemismo, que además de producir una despolitización del problema y un vaciamiento ético de las causas y las consecuencias que tiene, contribuye

2 Se puede consultar esta página de la OMS: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/

a la idea errónea de que la violencia obstétrica es un problema que se presenta sólo durante la labor de parto. Y este desplazamiento retórico implica también posicionamientos de carácter epistemológico.

La segunda reflexión gira en torno al ejercicio mismo de la violencia obstétrica como mecanismo de acción de una forma de poder/saber específica que he denominado **poder obstétrico**³ (Arguedas, 2014). El ejercicio del poder obstétrico, en tanto que expresión de un poder disciplinario que opera desde la construcción social del género, en un entramado encarnado a su vez desde la raza, la clase y la edad, en el marco de sociedades sexistas, está atravesado también por un ejercicio de violencia epistémica⁴, o bien, dicho de otra forma, por un proceso de injusticia epistémica, siguiendo el esquema conceptual de la filósofa Miranda Fricker (2007). Esta injusticia epistémica es un factor estructural del poder obstétrico, que se ejerce desde un saber institucionalizado sobre unos cuerpos que serán disciplinados precisamente desde el momento en que se les despoja de la condición de sujetos cognoscentes:

Testimonial injustice occurs when prejudice causes a hearer to give a deflated level of credibility to a speaker's word; hermeneutical injustice occurs at a prior stage, when a gap in collective interpretive resources puts someone at an unfair disadvantage when it comes to making sense of their social experiences. An example of the first might be that the police do not believe you because you are black; an example of the second might be that you suffer sexual harassment in a culture that still lacks that critical concept. We might say that testimonial injustice is caused by prejudice in the economy of credibility; and that hermeneutical injustice is caused by structural prejudice in the economy of collective hermeneutical resources.” (Fricker, 2007, p.1).

3 “El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias” (Arguedas, 2014, p. 156).

4 Allison Wolf, filósofa feminista estadounidense que trabaja en el problema de la violencia obstétrica, se aproxima a este debate haciendo uso del término *violencia metafísica*. (Wolf, 2013).

Son así dos problemas que incluyen elementos epistemológicos en su conformación y en las dinámicas sociales derivadas: la negación del concepto violencia obstétrica (que yo entiendo como uno de los mecanismos del ejercicio del poder obstétrico) es una negación de la situación en sí misma y por lo tanto una negación de las experiencias y denuncias de las mujeres, constituyendo así una negación de la condición de las mujeres como sujetos cognoscentes y sujetos morales, que implica a su vez una denegación del acceso a la justicia, incluyendo los mecanismos formales del Estado.

La incredulidad con la que algunas instancias académicas recibieron en un inicio mi propuesta de investigación se vincula epistemológica, ética y políticamente con la incredulidad con la que las autoridades sanitarias y el gremio médico reciben las narraciones de las mujeres que han experimentado en sus cuerpos diversas formas de violencia obstétrica ejercidas por miembros del personal sanitario, dentro de las instituciones que conforman el sistema de salud costarricense. Fricker (2007) describe el origen de esa incredulidad a priori como un déficit de credibilidad originado en la condición de género, raza, estatus migratorio, clase, etc.

El poder obstétrico y la epistemología feminista en perspectiva descolonial

Una de las premisas fundamentales que comparten los diversos posicionamientos epistemológicos feministas es la afirmación de que no es posible participar de los procesos de producción de conocimiento desde un supuesto lugar apolítico o ahistórico. Somos producto de un trayecto personal y colectivo que construye los marcos de inteligibilidad desde los cuales conceptualizamos aquello que consideramos un problema de investigación, por lo tanto, siempre se juegan intereses –explícitos o no- en el proceso de investigación científica en el cual participamos, sea cual sea la disciplina desde la que se trabaje. Neutralidad valorativa o política y objetividad no serían, desde ese punto de vista, categorías intercambiables.

En su más reciente libro, titulado *Objectivity and Diversity: Another Logic of Scientific Research*, Sandra Harding profundiza la reflexión que viene desarrollando desde hace más de 30 años, en

diálogo con otras filósofas y cientistas sociales, acerca de la objetividad fuerte o robustecida. La identificación y análisis de los sesgos sexistas/ androcéntricos, y en menos grado de los sesgos racistas y clasistas, se encuentra en el centro de la crítica, así como los presupuestos de evaluación teórica y metodológica que no detectan tales sesgos debido a que los han incorporado o normalizado como verdades (hechos respecto de los cuales no existe mayor desacuerdo) y no como prejuicios.

Las reflexiones en el campo de la epistemología feminista también produjeron debates entre feministas acerca de abandonar o no la noción de objetividad o –al contrario- reclamarla y reconstruirla para hacerla más fuerte y para convertirla también en un instrumento de lucha política, tal y como la entiende Harding en su propuesta de una objetividad fuerte (*stronger objectivity*). Considero importante detenerme un poco más en la noción de objetividad fuerte, para avanzar en la explicación de por qué el poder obstétrico –entendiéndolo como un constructo foucaultiano de poder/saber- está conformado también a través de prácticas sociales normalizadas en entornos científicos sesgados desde prejuicios sexistas, racistas, clasistas, adultocéntricos, entre otros.

Si bien el concepto de objetividad fuerte ha sido criticado desde ciertas corrientes de pensamiento feminista descolonial, considero que no debe ser desechado sino al contrario, debe ser fortalecido a través de esas críticas. En efecto, coincido con Yuderky Espinosa al señalar que:

Mucha de la teorización feminista que se ha permitido escuchar a las feministas racializadas, además de los errores que antes hemos comentado, caen en otro error importante: se trata de dar menor relevancia a las diferencias entre las mujeres, una vez que éstas han sido admitidas. La menor importancia consiste, por un lado, en darle un menor estatuto de conflictividad y relevancia a lo que consideran “otras” categorías de opresión de las mujeres. El problema es doble, pues siguen pensando compartimentada e independientemente las opresiones de género, raza y clase, como la raza y la clase fueran de orden distinto y actuaran paralelamente afectando sólo de forma específica y sumativa a un grupo de mujeres. En su mirada “las mujeres” siguen constituyendo una unidad de sentido, más allá de la multiplicidad de la opresión que las diferencia. (184. El Cotidiano, 2014, P. 184).

En efecto, mis hallazgos empíricos sobre el ejercicio de la violencia obstétrica muestran que la raza y la clase constituyen categorías

determinantes en el modo en que se ejerce el poder obstétrico sobre las mujeres y en el tipo de consecuencias que produce. Las estadísticas de mortalidad materna⁵ en América Latina y en otras regiones del mundo muestran la carga desproporcional de daño sobre los cuerpos sexuados, racializados y marcados por la clase.

El ejercicio del poder obstétrico sobre los cuerpos gestantes, tiene un objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad, pero no ese ejercicio varía según otras características de los cuerpos gestantes, además del género. La racialización de esos cuerpos, el lugar étnico donde son colocados esos cuerpos desde la mirada de quien ocupa un lugar privilegiado con relación a ese cuerpo gestante, dentro de la institución sanitaria (si es percibido como joven o muy viejo), la clase, el estatus migratorio, profundizan la vulnerabilidad y también el ensañamiento con el que se ejerce ese poder obstétrico. Desde la dimensión epistemológica, lo que encontramos es que los cuerpos gestantes, racializados, migrantes, jóvenes, son más profunda y violentamente negados en su posibilidad de actuar como sujetos cognoscentes. Es decir, sobre estos cuerpos se ejerce con más crueldad la injusticia epistémica. Sus testimonios, preocupaciones, ideas e intuiciones pueden incluso no llegar a ser verbalizadas porque el entorno castra toda posibilidad de expresión, de uso de la palabra.

No tenemos suficientes datos estadísticos para ahondar al respecto, pero sí contamos con un panorama regional que nos permite sostener estas afirmaciones a través de vinculaciones analíticas. Según un informe de la CEPAL sobre salud materna en América Latina, publicado en el año 2010, a pesar de que falta información sistemática sobre las especificidades en salud reproductiva de las mujeres indígenas y afrodescendientes, con base en los datos disponibles por país, se ha demostrado que hay una sobre-mortalidad materna en mujeres indígenas y afrodescendientes. (CEPAL, 2010, p.49).

En el caso de Costa Rica, tomando los datos del Ministerio de Salud publicados en el 2014, la tasa de mortalidad materna en el quinquenio 2008-2012, se concentró en la provincia de Limón (4.97

5 La mortalidad materna y la violencia obstétrica están relacionadas, aunque se precisa más investigación para explorar este vínculo. No es válido afirmar que hay una relación directa o causal, pero sí es posible afirmar que es un factor que incide tanto en la tasa de mortalidad materna como en la de morbilidad materna.

por cada 10.000 nacimientos), duplicando la tasa nacional que fue de 2.53. La provincia de Limón es la zona del país donde viven más personas indígenas y afrodescendientes, reúne a los cantones con menor índice de desarrollo humano y de mayor conflictividad social⁶. (MINSALUD, 2014).

Con esto no quiero decir que la causa de la mortalidad materna es la violencia obstétrica, sino que el indicador de mortalidad materna, como ha sido ampliamente analizado desde el campo de la salud pública, ilustra una situación estructural de desigualdad y exclusión. Ahora bien, desde mi punto de vista, considero que el origen de esta sobre-mortalidad materna en mujeres indígenas y afrodescendientes no radica en las condiciones de acceso a los servicios de salud, sino que fundamentalmente se trata de un problema de justicia dentro del cual también opera la injusticia epistémica.

Además, sí es posible afirmar que existen casos de morbilidad o de mortalidad materna relacionados con el ejercicio de diversas formas de violencia obstétrica. Para esclarecer los modos en que se produce esta vinculación entre violencia obstétrica y mortalidad materna es necesario realizar más investigación científica al respecto, enfocando la atención en la interseccionalidad sexo/género, etnia/raza, clase y edad, y planteando las preguntas y metodologías de investigación de un modo tal que integren las críticas descoloniales al modo en que se establece la dicotomía y la relación jerárquica entre sujeto investigador y sujeto transformado en objeto de estudio.

Los estudios sobre la mortalidad materna, que parten de los campos profesionales y académicos de la salud pública y la epidemiología, hacen uso de la noción “determinantes sociales de la salud” para explicar el modo en que las desigualdades sociales, la exclusión y las condiciones económicas, sociales y culturales producen mayor vulnerabilización y daño sobre ciertos cuerpos. Sin embargo, la dinámica de poder que emerge desde quienes ocupan posiciones de privilegio en los espacios científicos y académicos contribuye a producir *mala ciencia*^{*}. De ahí que la noción de objetividad fuerte ofrezca un gran potencial transformador

⁶ Ver el Cuadro No. 20, Mortalidad materna según grandes grupos de causas. Costa Rica quinquenio 2008-2012. (Tasa/10000 nacimientos) en el informe “Análisis de Situación de Salud Costa Rica” (MINSALUD, 2014)

en este caso, para al menos problematizar los esquemas mentales con los que se continúa pensando en la salud de los cuerpos gestantes: por un lado, el asistencialismo y el paternalismo y por otro, la culpabilización moralizante. Es decir, que los abordajes dominantes respecto de cómo se piensa la investigación en salud reproductiva giran en torno a dos mitos sobre lo femenino y la maternidad: 1. El de la mujer frágil que requiere protección durante el embarazo (imaginario burgués) y 2. El de la “mala” mujer que no asume su lugar de procreadora y se comporta de un modo inadecuado para la salud del feto (en este estereotipo confluyen las mujeres trabajadoras sexuales, las mujeres negras, las mujeres indígenas y las mujeres muy jóvenes)

El poder obstétrico como un ejercicio de saber/poder

Un lugar común de las narraciones de las mujeres que pude entrevistar y de otros testimonios documentados de mujeres sobrevivientes de violencia obstétrica en Costa Rica⁷ es consistente con lo que Miranda Fricker denomina *injusticia epistémica*. Me refiero al déficit de credibilidad con el que eran recibidas por parte del personal sanitario, sus preocupaciones, descripciones e intuiciones acerca del proceso gestacional que ellas estaban viviendo.

Todas las entrevistas y testimonios estudiados remiten a algún grado de descalificación por parte del personal sanitario hacia las mujeres gestantes o parturientas. Pero la descalificación se expresa con mayor intensidad en el caso de las mujeres indígenas y en el caso de las mujeres adolescentes. No pude confirmarlo en el caso de las mujeres afrodescendientes, sin embargo, a través de otros datos es posible identificar otras formas de injusticia epistémica.

Con respecto a la injusticia epistémica y el ejercicio del poder obstétrico sobre los cuerpos de mujeres indígenas los hallazgos en Costa Rica guardan paralelismos notorios con lo documentado en otras investigaciones desarrolladas en América Latina. Por ejemplo, en Ecuador prejuicio racista normalizado dentro de las culturas institucionales del ámbito sanitario opera epistemológicamente dos sentidos: 1. Negando que la mujer gestante indígena a la que se le debe brindar un servicio de salud es un sujeto cognoscente y 2. Asumiendo que el cuerpo indígena

7 Nota sobre metodología y documentación de esos testimonios.

femenino es naturalmente más tendiente a la suciedad y al descuido que otros cuerpos.

Esto queda demostrado con rigor y claridad, en la tesis de maestría de Alexandra Paulina Quisango Mora (2012), realizada dentro del programa de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo, de FLACSO-Sede Ecuador. De este trabajo tomo esta cita, que ilustra el problema al que hago referencia anteriormente:

A pesar de los cursos de capacitación y sensibilización que ha recibido el personal médico frente al Parto Culturalmente Aceptado (PCA) y el contexto de las mujeres indígenas, existe un imaginario de la asepsia y la no asepsia, que no sólo es delegada a las pacientes en general sino que existe una diferencia entre el aseo de las mujeres indígenas y las mujeres mestizas, y más aún cuando el PCA es considerado como “sucio” por el personal de enfermería en su mayoría. Con las enfermeras que pude conversar, me supieron manifestar que no les gusta atender el parto vertical porque la parturienta mancha todo, la defecación, la sangre y todo se da ahí mismo, no es por separado como se hace el parto horizontal, en donde la sangre y la defecación cae en el balde y no mancha casi nada. Después que se dio un parto vertical en el “lugar del parto vertical o PCA”, una de las enfermeras, comentó “eso no me gusta de éste parto [refiriéndose al parto vertical] no es bonito como en el horizontal que todo es limpio, mientras que aquí todo se ensucia. (p. 63)

La asepsia es una representación del discurso de la Modernidad, como oposición a la naturaleza. El control moderno de lo natural se evidencia en la transformación de lo sucio en limpio, que a su vez remite a una valoración estética y ética. El parto bonito sería el parto tecnológicamente intervenido, el parto horizontal, el cual se distancia de la posición que remite al mundo de lo animal: el parto vertical. Resulta irrelevante para esa evaluación que hace el personal sanitario, que la evidencia científica rigurosa coincida con lo que es una práctica ancestral: parir en vertical. Por supuesto, cuando hay complicaciones, se requiere una intervención tecnológica que puede requerir otro tipo de colocación corporal. Pero la tendencia a colocarse en cuclillas y tomarse de un punto de apoyo (una cuerda, otro cuerpo, etc.) es evolutiva y coherente con las fuerzas de la física, como lo es la gravedad. Sin embargo, para esta cultura médica, ese parto representa un mundo pre-moderno y, por lo tanto, pre-científico. El rechazo hacia esta modalidad de parto revictimiza

Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica

a las mujeres indígenas y evidencia encuadres de pensamiento racista profundamente enraizados.

La investigadora Quisango Mora concluye que:

El problema visiblemente es que el personal de enfermería aún relaciona el parto vertical con las mujeres indígenas y considerar al parto vertical como “sucio” es considerar a la mujer indígena como un sujeto que carece de asepsia. Pues “la idea de que los indígenas y todo lo que les rodea es sucio contribuye a mantener las diferencias étnicas” entre el sujeto mujer indígena y el personal médico en éste caso la enfermera.” (Martínez, 1998: 106).

Las mujeres gestantes, en este proceso de expropiación de sus propios cuerpos por parte de prácticas disciplinarias, que a su vez se vinculan con presupuestos epistemológicos, políticos y morales sexistas, racistas y adultocéntricos, no enfrentan todas las mismas tecnologías de control ni en el mismo grado o intensidad. Es decir, el género no agota la explicación de este ejercicio del poder disciplinario que denomino poder obstétrico. La racialización de los cuerpos constituye una profundización de la distancia entre el sujeto cognoscente y el objeto de estudio.

En Costa Rica no hay traductores en los hospitales que atienden población indígena y hasta en el 2016 se inició con programa piloto de parto vertical. No existe tampoco una instancia de diálogo en salud intercultural. La tendencia de mortalidad materna en zonas de alta población indígena y afrodescendiente supera la tasa nacional y así ha sido por décadas. La respuesta institucional es patologizar la gestación y el parto y medicalizar de modos innecesarios los procesos biológicos, en parte debido a la presión de instancias intergubernamentales por bajar la tasa de mortalidad materna para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En una investigación realizada en Costa Rica por Manuel Serrano, enfermero en ginecología y obstetricia, y publicada en el 2012, se describe otro caso de profundo racismo que influye en el ejercicio del poder obstétrico. Cito:

(...) es una mujer indígena panameña que se encuentra en franco trabajo de parto, su mirada define y determina angustia y algo de desesperanza. Nadie en el lugar la orienta y guía para que pueda determinarse en el cuidado de su salud o realizar más acciones que podrían facilitar su evolución en labor de parto (...) “Ustedes como no hablan tiran el chiquito en la cama” refiere

una enfermera encargada de la atención de las mujeres en esa área. Ella (la mujer indígena) se queda callada y se voltea hacia la pared como buscando en ella el apoyo humano que no encuentra en ese lugar (Serrano, 2012, p. 71).

A pesar de que no podría afirmarse con certeza a qué se refiere la enfermera al decirle “ustedes como no hablan tiran al chiquito en la cama”, sin lugar a dudas sí se trata de un juicio de valor en el que la enfermera se posiciona frente a una otredad racializada, Ese “ustedes” denota a las personas indígenas, y la afirmación “no hablan” remite a la negación de la capacidad para el habla y el pensamiento en esa otredad.

Si seguimos a Harding cuando afirma que la objetividad en la investigación tenía que ser más fuerte para superar las falencias internas que dejaron pasar muchas ideas preconcebidas y prácticas formadas desde imaginarios androcéntricos y sexistas, y si aceptamos las críticas de los feminismos negros y descoloniales que señalan la existencia de ideas no solo sexistas, sino también racistas normalizadas dentro de los circuitos científicos, la conclusión a la que podemos llegar es que la objetividad robusta y fuerte que necesitamos para construir conocimiento válido, es una objetividad feminista y antirracista. Una *buena ciencia* debe necesariamente reconocer el racismo, el sexismo, el adultocentrismo, el clasismo, que a pesar del compromiso con un trabajo de investigación “libre de prejuicios” sigue enraizada en la profundidad de las historias de cada investigador e investigadora que no se problematiza a sí mismo, el lugar social que ocupa y la institución en la que se inscribe su trabajo.

Veamos esta cita de Harding, de su libro *Objectivity and Diversity* (2015)

In biology, medical, and health research, women’s bodies tended to be conceptualized as being no different from men’s except for their hormonal and reproductive systems, their smaller physical size, and the supposed limitations of their brains. (...) Women’s normal bodily processes, such as menstruation, pregnancy, childbirth, and menopause, were consistently treated as problems that needed management by the medical and pharmaceutical industries. The relief of depression in women was to be treated with drugs such as Valium rather than by addressing the causes of their depression, which were mostly to be found in oppressive social relations. Women’s beliefs and behaviors revealed them to be either immature forms of men or inferior forms of human, according to the dominant assumptions”. (Harding, 2015, p. 27-28).

Esta descripción prejuicios sexistas y androcéntricos y sus efectos en la vida cotidiana está centrada en la realidad de las mujeres occidentales, urbanas, de clase media y alta; y no es extrapolable a la realidad de otras mujeres. ¿Cuáles son los prejuicios hacia las mujeres negras, indígenas, migrantes, jóvenes, lesbianas, que persisten dentro de la comunidad médica y científica? ¿Cuáles son los efectos de tales prejuicios en la producción de conocimiento, en la estructuración de los servicios de atención en salud y en la normalización de esos prejuicios en otras esferas de la vida social?

Para responder estas preguntas con el mayor rigor posible, necesitamos más proyectos de investigación que rompan con la injusticia epistémica y que vayan más allá del mero enfoque representativo. Este es el ideal propuesto por Harding, el cual, sin embargo, yo considero aún insuficiente:

(...) many forms of participatory science have appeared. There are “civic science” and “citizen science” in both social and natural sciences. Participatory action research in the social sciences had already emerged by the middle of the twentieth century. Radical forms of collaborative science have taken hold recently in research with indigenous communities. Yet at issue in the objectivity debates is more than who actively participates in making scientific decisions. At issue is also the question of whose agendas science does and should pursue. Whose hypotheses, concepts, preferred research designs, and preferred understandings of nature, social relations, and inquiry should be supported in multicultural democracies? And how does participation in such decision making, especially in public discussions, change both the participants and the styles of decision making? Thus the diversity desired is not that of mere physical presence, as conventional liberal politics often assumes, though to value the physical presence of all groups is an important first step. Rather, what is desired is the kind of diversity that fully respects the values and interests of all citizens while protecting those of the most economically and politically vulnerable groups (Harding, 2015, prefacio xi)

La limitación que encuentro en esta propuesta de Harding tiene que ver con los límites y contradicciones propios de la idea de democracia multicultural, en la noción de ciudadanía y en la esencialización paternalista desde la que asume la posición de los sujetos racializados o no occidentalizados. No obstante, considero que la autora también señala debilidades de la política de representación y participación en la ciencia, que son valiosas y pertinentes.

La ausencia de empatía del Testigo Modesto según Donna Haraway

Sabemos que la ciencia experimental moderna produce sujetos que, al tiempo que asumen distanciarse del objeto de estudio a través de una supuesta neutralidad emocional, están involucrándose con sus objetos de estudios a través de relaciones de dominación y control. El control sobre las condiciones del ambiente es fundamental en la experimentación controlada para generar datos reproducibles, por lo que es indispensable la homogeneización de los procesos. Uno de esos procesos, el más determinante de todos, es el proceso de observar y dar cuenta de lo observado. (Haraway, 2004).

En Testigo Modesto, Donna Haraway explica el proceso de construcción de esa mirada del observador, que origina la noción de objetividad en la ciencia moderna:

Todos estos discursos altamente eficaces se alimentaron de las convenciones de la modestia científica masculina, cuyas características de género se hicieron cada vez más invisibles (transparentes) al tiempo que su masculinidad parecía ser, cada vez más, simplemente la naturaleza de cualquier testimonio desinteresado independiente. La nueva ciencia rescató al hombre no marcial, sacro-secular y soltero de Boyle de cualquier tipo de confusión o multiplicidad de género, transformándole en testigo modesto en tanto que espécimen tipo de la acción masculina –de la mente– heroica moderna. Las mujeres modestas, vaciadas de agencia epistemológica, se suponían invisibles para los demás en el estilo de vida experimental. El tipo de visibilidad –del cuerpo– que las mujeres conservaron se rebajaba a ser percibidas como «subjetivas», es decir, informando sólo sobre la persona, el prejuicio, lo opaco, lo no objetivo. La agencia epistemológica de los caballeros suponía un tipo especial de transparencia. Las personas trabajadoras, sexuadas y de color han de hacer aún un gran trabajo para llegar a ser tan transparentes como para poder ser consideradas testigos modestos objetivos del mundo, más que de sus propios «prejuicios» o «intereses particulares». Ser el objeto de la visión, en lugar de la fuente auto-invisible y modesta de visión, significa ser despojada de agencia. (Haraway, 2004, p. 24).

En la medicina occidental contemporánea -entendida como un conjunto de prácticas derivadas del conocimiento científico biológico construido desde esta matriz cultural de la Modernidad- se han acumulado a través del tiempo esos valores caballerescos que determinan cómo se hace “buena ciencia”. De esta forma, la práctica médica

occidental contemporánea también forma parte de la dicotomía sujeto cognoscente-objeto de estudio.

Quien ocupa una posición no puede al y mismo tiempo ocupar la otra. De ahí que ese sujeto denominado paciente, y en el caso de la atención sanitaria en el período gestacional nos referimos más comúnmente a mujeres que tienen diversas historias y marcas sociocorporales de etnia/raza, clase, estatus migratorio, edad, sexualidad, etc., no pueden conducirse y participar del proceso como sujetos cognoscentes porque ocupan el sitio del objeto de estudio.

Esta es la situación que encontré en el proceso de investigación empírica, en diálogo y conversación con mujeres que han sobrevivido situaciones de violencia obstétrica y parece ser el mismo relato en otras comunidades y países, según lo que se puede observar en estudios y otras fuentes, como medios de comunicación, encuentros de activistas y congresos académicos.

El saber científico sobre el cuerpo, adquirido no sólo a través de extensos procesos experimentales como el de Boyle, desde el cual Haraway discute su noción de testigo modesto, sino sobre todo en libros, clases magistrales y luego en el entrenamiento de la especialidad en ginecología y obstetricia constituye el lugar de la certidumbre y la objetividad científica de quien está siendo entrenado/entrenada para hablar la verdad sobre el cuerpo de otro/otra.

Como explica Haraway, los criterios de credibilidad están conectados con la pregunta por la modestia. La transparencia es un tipo especial de modestia, afirma Haraway, en diálogo con el trabajo de la filósofa de la ciencia Elizabeth Potter. Haraway, en *Testigo Modesto*, elabora su reflexión teórica a partir de la tesis que Potter sostiene en su texto su artículo “*Making Gender / Making Science: Gender Ideology and Boyle’s Experimental Philosophy*”. En síntesis, lo que propone esta autora y es fundamental en la elaboración de Haraway, es que la virtud masculina, moderna, europea y blanca –esa modestia noble- es la tecnología social apropiada para:

(..) El estilo de vida experimental y su producción de hechos. El nuevo hombre de ciencia tenía que ser modesto, casto, heterosexual; un hombre que deseara, a la vez que evitara, a una mujer modesta y casta. La modestia femenina lo era del cuerpo, la nueva virtud masculina tenía que serlo de

la mente. Esta modestia debía ser la llave de la honradez del científico caballeresco; él informaba al mundo, no a sí mismo. El «estilo masculino» sencillo se convirtió en el estilo nacional inglés, marca de la creciente hegemonía de la pujante nación inglesa⁸. (Haraway, 2004, p. 22)

Una mujer que expresa una elaboración cognitiva sobre su propio cuerpo y su propio estado de salud, en efecto, no está haciendo ciencia, pero está hablando de sí, está realizando procesos cognitivos, interpretativos. Es una mujer pensante. Hablar de sí a través de un ejercicio de razonamiento y análisis es considerado un problema, un obstáculo para que el científico/médico realice la tarea para la cual fue entrenado, desde esta perspectiva propuesta por Haraway y Potter. La única tarea cognitiva de una mujer gestante es la de responder a las preguntas que debe elaborar (porque solo él o ella saben cómo hacerlo) el personal sanitario. Ella es un objeto de estudio, sobre el que se deben desarrollar diversos procesos de monitoreo y control para asegurar su salud. No un sujeto que participa en la producción de conocimiento sobre sí y sobre su cuerpo. Y como vimos anteriormente, esta negación del poder de pensar y reflexionar sobre sí, es aún más profunda ante cuerpos gestantes femeninos, jóvenes y racializados.

Una de las mujeres a las que entrevisté, que llamaré Claudia, tuvo su primer parto siendo adolescente. Ella insistía en que algo no estaba bien, no se sentía enferma, no se sentía mal, pero sí se sentía diferente, percibía un cambio que la hacía sentir muy ansiosa. Acudió al EBAIS (servicio de atención primaria de salud) pero, en palabras de Claudia “no la tomaron en serio”. El médico general le dijo que “eran los nervios, por ser tan joven y ser primeriza”. La devolvieron a la casa. No le hicieron exámenes más que una rápida auscultación. Claudia sintió que no le habían prestado atención y que no tenían interés en escuchar lo que ella explicaba, más allá de las respuestas que dio a las preguntas que le hicieron. Un par de días más tarde, Claudia regresó al EBAIS sintiéndose mal, con síntomas intensos y fue remitida de inmediato al hospital.

En lenguaje médico este fue un óbito fetal. En las palabras de Claudia, ella tuvo que parir a su hijo muerto. Para algunos, se trata solo de un caso de negligencia médica o mala praxis. Para mí se trata de un caso de violencia obstétrica, de un ejercicio de poder obstétrico

⁸ Del siglo XVII.

que reitera una y otra vez, de un modo casi ritual, la sedimentación de ese posicionamiento epistemológico que le niega voz a quien ocupa el lugar del objeto de estudio. Estas son las consecuencias de la injusticia epistémica estructural dentro del ejercicio del poder obstétrico.

El testigo modesto, desencarnado, cuyo único papel es dar fe de lo que la ciencia dice al margen de la subjetividad humana, ese ideal de canalización de la verdad científica ha permeado también la construcción del imaginario del sujeto *de la gabacha blanca*. La información confiable es aquella que este sujeto (lo designaré en masculino) obtiene a través de diversas tecnologías (incluyendo la entrevista y el examen clínico). Lo que *la paciente* diga al margen de la entrevista -de ese conjunto sistematizado de preguntas que tienen una razón de ser establecida por el saber/poder médico- puede ser descartado porque no forma parte del proceso controlado y objetivo de relato de los hechos. No pretendo evaluar estas técnicas, sino describir que a través de estos procesos opera la relación de desigualdad que también tiene elementos epistemológicos en su dinámica.

La imposición de una jerarquía de los sujetos cognoscentes hace que la palabra de las mujeres gestantes, racializadas, empobrecidas, adolescentes, migrantes, no solo no sea importante, sino que, con frecuencia, no sea siquiera escuchada. Para escuchar a alguien, primero debe existir una disposición, una aceptación previa de que el otro puede hablar y que lo que diga tiene valor. Sólo así la palabra dicha podrá adquirir un lugar de valor epistemológico. Ese es el diálogo, a fin de cuentas, un intercambio en condiciones de igualdad. Sin embargo, la entrevista en el consultorio no cumple con esas características y en tanto la palabra dicha por la mujer gestante no sea corroborada o legitimada por un sujeto autorizado para conocer, interpretar y controlar el cuerpo gestante, no tendrá valor y se perderá.

Veamos este caso, de otra de las mujeres entrevistadas en la investigación. Este es el relato de Marta, quien es una mujer gestante ya en labor de parto, quien estando en la sala de labor junto a otras mujeres, avisa a la enfermera obstetra que siente ya la necesidad de pujar y que cree que ya va a parir. La enfermera llama a la médica gineco-obstetra a cargo del servicio y ella responde que no, que a esa mujer aún le falta tiempo para entrar en la fase de expulsivo y da la orden para que la vayan

pasando a la camilla donde atenderá ella el parto. La mujer insiste que no puede pasarse a la otra camilla y que va a parir ahí mismo y ya.

Marta cuenta que la médica reaccionó enojada y la regañó diciéndole que no era ella la que estaba a cargo ni la que sabía cuándo iba a estar lista para expulsar. Luego le ordenó a la enfermera a que le ayudara a bajar de la camilla para pasar a la sala de expulsivo y al intentar subir a la camilla en la sala de expulsivo, comenzó en la fase de expulsivo, que fue muy rápida. Hubo apenas tiempo para que reaccionaran y atajaran al bebé antes de que cayera al piso. Cuando la mujer, asustada, le dijo a la médica: “ve, le dije que ya iba a parir, yo sabía”, la médica respondió que ya dejara de hablar y que se tranquilizara, que todo estaba en orden. Según narra Marta, la médica en ningún momento reconoció su error ni se disculpó, sino que siguió tratándola con hostilidad.

Un caso similar fue denunciado ante la Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica, en el año 2015. Una mujer terminó pariendo en el baño del Hospital de las Mujeres, en San José, sin ayuda de nadie. Esta mujer de 23 años, indicó que fue hospitalizada con 2 cm de dilatación, pero que de repente sintió la urgencia de pujar y pensó que sólo requería ir al baño porque tal vez necesitaba defecar. La enfermera del servicio, sin volver a verla siquiera, se limitó a darle la instrucción de que fuera sola al baño. El protocolo indica que las mujeres ingresadas a la sala de obstetricia (porque van a parir), deben ir acompañadas al baño, como medida preventiva. Al momento de sentarse en el servicio sanitario la mujer sintió que debía pujar y comenzó a parir. Gritó, pero nadie la escuchó. Como tardaba en salir del baño, una de las enfermeras fue a ver qué pasaba con ella y la encontró ya con el bebé en brazos. La placenta aún no había sido expulsada. La reacción inmediata de la enfermera fue regañarla. Según indicó esta mujer, en varios medios de comunicación, lo primero que la enfermera le dijo fue: “Pero, ¿qué hizo?”, como si todo hubiese sido un acto deliberado y planificado por esta mujer.

Según se indica esta nota de prensa, la Defensoría de los Habitantes calificó el hecho como un acto de “violencia obstétrica” porque:

No solo hubo incumplimiento de deberes, sino también ocultamiento de información, pues las condiciones del parto no se incluyeron en el expediente médico de la joven. (...) *Se comprobó que esta mujer dio a luz en el servicio sanitario, sin ayuda del personal médico. Estos hechos son muy graves, constituyen una violación a los derechos humanos de la mujer. Además,*

Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica

se puso en riesgo la vida de la mujer y de su hijo, sostuvo la defensora de los Habitantes, Montserrat Solano Carboni. (...) la Defensoría también criticó que, aunque las autoridades del centro médico ordenaron una investigación, se limitaron a hacer un llamado de atención a la enfermera obstetra y a la asistente de pacientes. No se ordenaron medidas correctivas y solamente se les pidió que no se repitieran acciones de ese tipo” (Oviedo, 2015).

Estos hechos demuestran que las mujeres gestantes son “otras” frente al conocimiento científico pronunciado por quienes cuentan con una autorización simbólica e institucional para decir la verdad sobre los cuerpos gestantes, incluso cuando la evidencia contundente demuestra que esas mujeres sabían algo que los autorizados desconocían o no entendían. El conocimiento abstracto, basado en estadísticas que construyen nociones de normalidad, se sitúa en un lugar epistemológico superior al de la palabra de una mujer concreta acerca de su propio cuerpo. Y si lo que una mujer gestante dice entra en contradicción o confronta la autoridad de quien ejerce ese saber/poder obstétrico, con frecuencia generará un conflicto y también alguna forma de castigo o censura hacia esa mujer. Las voces de los cuerpos gestantes son recibidas con sospecha hasta que una voz autorizada las corrobore y transforme en verdad. Y si, además, esas voces expresan disconformidad o duda hacia lo que decide el personal sanitario, la sospecha pasará a ser enojo ante el desafío. Con esto no digo que las mujeres puedan expresar dudas infundadas o disconformidad injustificada. Lo que señalo es que no se abre un lugar de intercambio entre interlocutores que se encuentran en igualdad de condiciones y que tienen la obligación de dar explicaciones para luego tomar decisiones conjuntas. Ese espacio está negado, por lo que el disenso de la mujer gestante ante la autoridad médica, muy probablemente, sea respondido a través de alguna forma de violencia que puede variar en su expresión e intensidad, dependiendo de varias circunstancias y de la intersección raza-clase-edad.

Conclusiones

Estás loca, eres una ignorante o bien, eres una irresponsable. Lo que te pasó fue tu culpa. No seguiste las instrucciones de la doctora, del cirujano, de la enfermera. No entendiste, porque eres tonta, o terca o estúpida. Así resumo de manera muy breve, los juicios morales que una y otra vez reciben las mujeres que han experimentado serios problemas de salud

durante la gestación o que sus bebés han muerto durante el parto o poco tiempo después, por mala praxis impune, donde ha operado de alguna manera el ejercicio del poder obstétrico. Esas son las experiencias de las mujeres con quienes he trabajado durante varios años, en el proceso de analizar las estructuras de poder que fomentan abusos por parte del personal sanitario, con graves y dolorosas consecuencias.

Es común que las mujeres que han sobrevivido violencia obstétrica, además de ser revictimizadas dentro del sistema de atención en salud, sean culpabilizadas por miembros de sus comunidades y familias. En la confrontación entre sus testimonios y el relato institucional, las mujeres tienen –en la mayoría de los casos- una baja probabilidad de ganar.

Y esta situación, normalizada e impune, nos revela también el modo en que se construye el conocimiento dentro de ciertos espacios altamente jerarquizados, como lo son los hospitales y centros de salud. Los análisis que se vienen desarrollando desde hace varias décadas, en el campo de la epistemología feminista, nos dan cuenta de ello. Las mujeres, en general, hemos sido consideradas sujetos cognoscentes de capacidades limitadas –en el mejor de los casos- o bien, del todo hemos sido negadas como tales. Pero si analizamos con detalle ese universo llamado “las mujeres” veremos que hay diferencias profundas en esa dinámica de exclusión.

No me ha interesado acá discutir acerca de la participación de las mujeres en los mundos legitimados para hablar de ciencia y conocimiento, o del punto de vista feminista a la hora de crear y aplicar metodologías de investigación. Lo que me ha interesado más es pensar en nosotras como seres pensantes que podemos sentir, observar, analizar y extraer información, no solo acerca de nuestro entorno, sino acerca de nosotras mismas como cuerpos. Y ese ejercicio es neutralizado de manera sistemática, promoviendo la enajenación y la disociación con el propio cuerpo. Es el destierro más brutal.

Pero cuando analizamos el proceso vivido, encarnado, en el cuerpo gestante, esta negación de nuestras capacidades cognitivas adquiere otro matiz, que considero aún más violento. El poder obstétrico, que es una forma de poder disciplinario médico, tiende a transformar a las mujeres gestantes en objetos de estudio, a los que es preciso controlar, monitorear y administrar, para preservar en primera instancia –no la

Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica

salud de las mujeres— sino la salud de los productos de la gestación: los futuros bebés.

Siguiendo entonces a Donna Haraway, si por principio -dada la forma en que se construyó la cultura científica occidental hegemónica- la condición primera para ser testigo del conocimiento que se extrae de la naturaleza y poder dar cuenta de ello, es la distancia con el objeto de estudio, las mujeres están excluidas de la posibilidad epistemológica de producir conocimiento sobre sus cuerpos gestantes.

Se asume que las emociones que sentimos obnubilan nuestra capacidad de atención, reflexión y ejercicio de las habilidades intelectuales. Y que esto será “peor” para una mujer gestante en su percepción sobre sí misma. Si es muy joven, si es indígena, si es negra, ni es migrante, si es pobre, mucho peor. La idea aristotélica sobre las pasiones, la naturaleza, los esclavos y las mujeres parece seguir permeando las relaciones de poder en la sociedad contemporánea.

Por lo tanto, al ser negadas como sujetos cognoscentes, también somos negadas como seres humanos con voluntad, con capacidad de autoconocimiento y finalmente, como seres morales (capacidad de discernimiento). Por supuesto, las condiciones sociales que determinan en parte nuestra historia y la construcción de nuestra subjetividad, habrán limitado (en mayor o menor medida) todas esas facetas de la vida. La racialización, el clasismo, el adultocentrismo, la xenofobia, operan también negando las capacidades éticas e intelectuales de los seres humanos. Pero en el caso que nos ocupa, que es el saber/poder obstétrico, esa negación se interseca con la misoginia y el sexismo.

Y este entramado de opresión se encuentra a la base de la mayor mortalidad/morbilidad materna en mujeres afrodescendientes e indígenas en América Latina, la alta tasa de natalidad en mujeres adolescentes en las regiones más empobrecidas de la región, que son usualmente, las regiones más racializadas, que a su vez coincide también con el patrón de mortalidad por aborto no seguro:

The vast majority of maternal deaths throughout Latin America and the Caribbean are preventable with quality obstetric care during pregnancy, delivery and postpartum. Unsafe abortions are a major source of maternal morbidity and mortality throughout the region. Direct causes account for about 81 per cent of maternal deaths in Latin America and the Caribbean.¹⁷ These conditions include hypertension, haemorrhage,

abortion and sepsis, among other causes. Indirect causes account for the remaining maternal deaths and include primarily HIV, cardiovascular issues, anaemia and other preexisting medical conditions such as malaria and tuberculosis.¹⁸ The region is unique with its abnormally high ratio of maternal mortality from hypertensive disorders of pregnancy such as eclampsia and pre-eclampsia. Evidence shows that women from poor and marginalized populations have a greater risk of suffering and dying from a maternal cause. Studies in Ecuador, Mexico, Brazil and Peru among others have linked pre-eclampsia, eclampsia or hypertensive disorders and related morbidity with lower socioeconomic position, mixed ethnicity, including Afro-descendance, and rural location of residence (UNICEF, 2016, p. 11)

Según publicaciones oficiales de organismos intergubernamentales como OMS, UNICEF, UNFPA y otros, son tres los mecanismos por los que recae en las mujeres indígenas y negras un mayor riesgo de mortalidad o morbilidad materna:

1. El retraso en buscar ayuda médica
2. El retraso para llegar a la institución médica adecuado
3. El retraso en recibir los cuidados de salud una vez dentro de la institución médica. (UNICEF, 2016, p. 11)

Cierro este apartado con este esquema que cita la UNICEF en su informe sobre desigualdades en salud, para reiterar mi señalamiento sobre la forma en que se perpetúa la invisibilidad de las causas estructurales del problema, lo cual tiene como efecto colateral una reproducción de estereotipos sexistas, racistas y adultocéntricos. Una mirada superficial, situada en los privilegios de sexo, raza y clase, podría con facilidad concluir que las mujeres afrodescendientes y las mujeres indígenas se tardan mucho en buscar atención médica cuando están embarazadas, que dado que la mayoría de ellas vive en pobreza y en zonas “alejadas”, es obvio que les va a tomar mucho tiempo llegar a la consulta y que una vez que llegan, el personal sanitario tendrá otros pacientes que atender y otras prioridades. Este rápido retrato de lo que se podría decir desde un racismo y clasismo internalizados y tolerados, concluiría en la revictimización: todo es responsabilidad de esas mujeres que por ignorancia o por irresponsabilidad, toman decisiones equivocadas.

Si giramos el lente con el que se analiza el problema, para hacer explícitos los mecanismos a través de los cuales el saber/poder obstétrico se ejerce, anulando a las mujeres gestantes en su capacidad de pensar,

sentir, decidir y experimentar, será posible plantear nuevas preguntas que desmantelen la normalización de la violencia epistémica, sexista y racista enraizadas en las culturas institucionales.

Habría que preguntarse, por ejemplo, acerca del modelo colonialista de atención en salud, acerca del racismo, sexismo y clasismo de una buena parte⁹ del personal sanitario y administrativo, acerca de las condiciones materiales requeridas para acceder a un servicio de salud, acerca de los efectos psicológicos que deja la violencia obstétrica, que provoca en muchos casos, rechazo a la atención médica en un embarazo posterior¹⁰.

Finalmente, considero que el trabajo intelectual en el campo de la epistemología feminista en diálogo con los feminismos antirracistas y descoloniales, ofrece interesantes y potentes oportunidades para impulsar cambios culturales y epistemológicos en el campo de las ciencias de la salud, la bioética y las tecnologías aplicadas al ámbito sanitario, que podrían rápidamente impactar la calidad de vida de las mujeres más excluidas y vulnerabilizadas.

9 Digo una buena parte, desde mis observaciones en este ámbito. Lo común, en una sociedad que normaliza el sexismo, el racismo, el clasismo, la xenofobia y el adultocentrismo, es que esos prejuicios estén profundamente arraigados en la cultura institucional del campo de la salud pública.

10 En la mayoría de las entrevistas que realicé en la investigación sobre poder obstétrico, las mujeres sobrevivientes de violencia obstétrica reportaban sentir mucho miedo a tener que regresar a un hospital. Una de ellas decidió realizarse una salpingectomía (cirugía de ligadura de Trompas de Falopio) para no tener más embarazos, no porque ella no quisiera más hijos, sino porque no quería exponerse de nuevo al riesgo de vivir violencia obstétrica. El caso de esta mujer fue extremo y está siendo ahora discutido en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, por lo que no es posible brindar más detalles, hasta tanto no se haya resuelto. Ante este creciente temor hacia el riesgo de ser una víctima de violencia obstétrica, muchas mujeres están optando por el parto en casa. Sin embargo, es fundamental hacer esta aclaración, para parir en casa, con apoyo especializado y un buen plan en caso de que haya emergencia obstétrica, se requiere dinero, una excelente red de apoyo y mucha información. Para muchas mujeres excluidas, parir en casa es la única opción, pero carecen de los medios y el acceso a personal entrenado para atender una situación de emergencia. Mi posición es que no debe patologizarse ni medicalizarse en extremo el proceso de gestación, parto y postparto, pero tampoco debe idealizarse ni asumirse que por ser un proceso natural, está libre de riesgos o complicaciones. Esta es la razón por la que en primera instancia, el reclamo político debe ir dirigido a las instituciones sanitarias para que reconozcan que existe este ejercicio de saber/poder obstétrico, que produce violencia obstétrica, que hay más riesgo de ensañamiento y trato cruel o de negligencia, cuando se trata de mujeres racializadas, jóvenes y pobres, y que esto constituye una realidad normalizada gracias a la impunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARGUEDAS RAMÍREZ, Gabriela. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. En: *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 2014, pp. 146-169.

CEPAL, UNFPA, OPS. *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Informe de proyecto, Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2010.

Dirección de Vigilancia de la Salud. MINSALUD. *Análisis de situación de salud en Costa Rica*. Informe técnico, San José: MINSALUD, 2014.

ESPINOSA-MIÑOSO, Yuderkys. “Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica”. En: *El Cotidiano*, 2014, pp. 7-12.

FRICKER, Miranda. *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*. New York: Oxford University Press, 2007.

HARAWAY, Donna. *Testigo_Modesto@ Segundo_Milenio. HombreHembra©_Conoce_Oncorratón®: Feminismo y tecnociencia*. Barcelona: Colección Nuevas Tecnologías y Sociedad, 2004.

HARDING, Sandra. *Objectivity and Diversity: Another Logic of Scientific Research*. Chicago: The University of Chicago Press, 2015.

Organización Mundial de la Salud. *Salud Reproductiva*. Setiembre de 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement/-childbirht/en/ (último acceso: 28 de diciembre de 2016).

OVIDO, Steven. “Mujer dio a luz en baño de hospital sin atención”. En: *La Nación*, 6 de Marzo de 2015: Nacionales.

QUISAGUANO Mora, Alexandra Paulina. *Politización de lo étnico y el género: El parto culturalmente adecuado y la construcción de sujetos*. Tesis de Maestría, Quito: FLACSO-Ecuador, 2012.

SERRANO, Manuel. «Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad.» *Enfermería en Costa Rica*, 2012, pp. 67-74.

Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica

UNICEF. *Health Equity Report 2016. Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking*. Informe técnico, Panamá: UNICEF, 2016.

WOLF, Allison. «Metaphysical Violence and Medicalized Childbirth.» *International Journal of Applied Philosophy*, 2013, pp. 101-111.

Recibido: enero 2016
Aprobado: mayo 2016