

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador  
Departamento de Sociología y Estudios de Género  
Convocatoria 2023 - 2024

Tesina para obtener el título de especialización en Género, Violencia y Derechos Humanos

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: BARRERAS DE GÉNERO Y PERCEPCIONES DE LAS Y  
LOS OBSTETRAS

Congo Chalá Evelin Amparito

Asesora: Acosta Buenaño Ana María

Lectora: Cevallos Castells María Rosa

Quito, septiembre de 2024

## Índice de contenidos

<b>Resumen</b>	<b>5</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 1. Introducción</b>	<b>7</b>
1.1. Pregunta de investigación	8
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4. Justificación	10
1.5. Propuesta metodológica	12
<b>Capítulo 2. Una mirada a la violencia obstétrica desde el feminismo crítico y los derechos humanos</b>	<b>15</b>
2.1. Fundamentar la violencia obstétrica desde el feminismo crítico y los derechos humanos	15
2.1.1. Mirada feminista crítica a la violencia obstétrica	15
2.1.2. Enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos	18
2.1.3. Violencia obstétrica como violencia de género	20
2.2. Contexto de la violencia obstétrica en Ecuador	25
<b>Capítulo 3. Ecos de silencio: voces obstétricas en la trama de violencia en Ecuador</b>	<b>29</b>
3.1. Realidades develadas: violencia obstétrica en Ecuador	30
3.2. Cruces culturales y género: moldeando la atención obstétrica	32
3.3. Partos forzados: desentrañando las raíces de la violencia obstétrica	35
3.4. Formación médica: “no damos el paso para el cambio de paradigma”	38
3.5. Desafíos y estrategias: previniendo la violencia obstétrica en la práctica	40
<b>Conclusiones</b>	<b>43</b>
<b>Referencias</b>	<b>46</b>
<b>Anexos</b>	<b>49</b>

## **Lista de ilustraciones**

### **Tablas**

Tabla 3.1. Perfil de los entrevistados

29

## **Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis**

Yo, Evelin Amparito Congo Chalá, autora de la tesina titulada “Violencia Obstétrica: barreras de género y percepciones de las y los obstetras” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de especialización en Género, Violencia y Derechos Humanos, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, septiembre de 2024



---

Firma

Evelin Amparito Congo Chalá

## Resumen

La violencia obstétrica, a pesar de su gravedad, ha permanecido en gran medida invisibilizada en Ecuador. La escasez de información e investigación sobre este tema en el país es alarmante. Aunque algunos estudios han explorado, principalmente, las percepciones de las mujeres afectadas; las percepciones del personal médico, en especial de las y los obstetras, involucrados directamente en la atención del parto, han recibido poca atención. Esta investigación busca explorar y comprender las actitudes y experiencias de los obstetras, tanto hombres como mujeres, con el propósito de identificar los factores subyacentes que contribuyen a la normalización de la violencia obstétrica. Y esto lo realizo desde un enfoque de género, feminista y de derechos humanos. Este estudio se desarrolla bajo el enfoque cualitativo y se basa en entrevistas semiestructuradas a tres obstetras que han tenido contacto directo con la atención de pacientes durante su proceso de parto y tienen experiencia en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, por más de 10 años, interactuando con mujeres de diverso origen social, étnico y de clase.

Este estudio destaca que la violencia obstétrica está presente en Ecuador y se manifiesta, entre otras, en la vestimenta hospitalaria inadecuada, el empleo de expresiones diminutivas e impositivas y procedimientos médicos invasivos sin consentimiento informado. Además, se reconocen diferencias en cuanto al género del personal médico. Por un lado, la presencia de obstetras mujeres sugiere la posibilidad de una mayor empatía y conexión con las pacientes, derivada de la experiencia compartida como mujeres. Por otro lado, la no participación de los hombres en el proceso maternal ha creado una dinámica que limita su capacidad para comprender plenamente las experiencias y necesidades de las pacientes.

## **Agradecimientos**

Querida hija mía, hoy al culminar este arduo camino de investigación y aprendizaje, quiero dedicarte mi tesis con todo mi corazón. Es un honor presentarte esta tesis fruto del esfuerzo que forjaste en mí, incluso cuando yo dudaba. Tus palabras de aliento han sido mi refugio en aquellos momentos de desafío y zozobra, eres mi compañera de estudio y te has convertido en mi mayor inspiración. Las mujeres que al pasar de los años se han convertido en constructoras de sueños son mis queridas docentes, con ellas he aprendido a volar, vuestra pasión por el conocimiento y vuestra incansable búsqueda de respuestas han transformado el mundo haciendo que las mujeres celebremos pequeños triunfos. Esta tesis también es un homenaje a vuestro coraje.

Al final y sin ser menos importante quisiera agradecer a “Dios”, por haber puesto en mi vida tal hermosa profesión con tal trascendencia que ha marcado todo mi ser, haciéndome cada día testigo de nuevos comienzos de vida. Gracias, padre, por haberme escogido como instrumento, y darme la gracia de la vocación eterna de ayudar a nacer.

*“Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer”  
Michell Odent*

## Capítulo 1. Introducción

La violencia obstétrica hace referencia a un tipo particular de violencia que profesionales de la salud cometen contra mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período posparto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Esta forma de violencia inflige daño físico, emocional y psicológico a las mujeres, afectando su bienestar y, en algunos casos, restringiendo su acceso a cuidados esenciales. A pesar de su gravedad, esta violencia ha permanecido en gran medida invisibilizada, debido a la normalización social y cultural enmarcada en prácticas biomédicas que históricamente han minimizado la autonomía y voz de las mujeres en los procesos reproductivos y de salud.

Esta forma de violencia es un reflejo de las estructuras de poder desiguales que prevalecen en la sociedad y en el sistema de salud, perpetuando la discriminación y el abuso contra las mujeres. Estas estructuras están arraigadas en normas culturales y prácticas institucionales que históricamente han marginado y silenciado a las mujeres, relegándolas a un papel secundario y a menudo subordinado. En el contexto del sistema de salud ecuatoriano, esto se manifiesta en la falta de respeto a la autonomía de las mujeres, la minimización de sus experiencias y el desconocimiento de sus necesidades específicas. La violencia obstétrica no solo afecta la dignidad y el bienestar físico y psicológico de las mujeres, sino que también refuerza la brecha de género y contribuye a la perpetuación de la desigualdad (Carreño y Sánchez 2018).

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres, ENVIGMU, (INEC 2019), el 42% de las mujeres ecuatorianas reporta haber experimentado violencia obstétrica al menos una vez en su vida. Sin embargo, es escasa la información e investigación sobre este tema en el país (Lara 2023). A nivel mundial y regional, los estudios sobre la violencia obstétrica se han centrado, principalmente, en las mujeres que han experimentado estas formas de violencia, otorgándoles así un papel central en la narrativa y el entendimiento de esta problemática (Annborn y Finnbogadóttir 2022; Ledesma et al. 2023; Monroy 2012; Morales 2018). Otras investigaciones exploran la percepción del personal de salud sobre las intervenciones y prácticas en ginecología y obstetricia, adoptando una perspectiva biopolítica y enfocándose en la relación de la violencia

con los protocolos sanitarios, la falta de formación de los obstetras, sus traumas no resueltos y el síndrome de burnout (Olza 2014; Pintado et al. 2015; Carreño y Sánchez 2018; Morales 2020). Aunque los estudios previos han avanzado en estas líneas de investigación, las perspectivas, actitudes y experiencias de los obstetras, tanto hombres como mujeres, involucrados directamente en la atención del parto, han recibido poca atención.

Este vacío en la investigación oculta los factores que perpetúan la normalización de la violencia obstétrica entre los profesionales de la salud, dificultando el desarrollo de intervenciones efectivas. En esta investigación, me enfoco en comprender estos aspectos desde la perspectiva de las y los obstetras, algo que puede revelar información valiosa para el diseño de estrategias de prevención y sensibilización, fundamentales para transformar las prácticas obstétricas y promover un entorno de atención más respetuoso y seguro para las mujeres.

Reconocer y abordar la violencia obstétrica es fundamental para avanzar hacia sistemas de atención en salud que respeten los derechos, la dignidad y las decisiones de las mujeres, garantizando un entorno seguro y empoderado para todas. Este desafío implica no solo una reflexión crítica sobre las prácticas médicas actuales, sino también un compromiso activo para transformar las dinámicas de poder en la atención sanitaria, promoviendo una cultura de respeto, consentimiento informado y atención centrada en la paciente.

### **1.1. Pregunta de investigación**

¿Cómo se configura la naturalización de la violencia obstétrica en los obstetras varones y obstetras mujeres que trabajan en la atención directa del parto?

### **1.2. Formulación del problema**

La violencia obstétrica está considerada como un problema de salud pública, según la OMS (2014). Esta abarca múltiples formas de maltrato y violación de los derechos tanto sexuales y reproductivos de las mujeres. Su vigencia y práctica ocasiona un impacto negativo durante los ciclos de gestación como los son: el prenatal, el parto, el post-parto y la lactancia materna. Sin embargo, los casos de violencia obstétrica se ven invisibilizados, debido a que la corriente predominante de pensamiento y práctica médica que reproduce la violencia ha sido aceptada como una forma natural de atención (Bellón 2015).



El ejercicio de poder que ejerce el personal sanitario desencadena varios tipos de maltrato. No obstante, también es importante conocer los factores estructurales que impiden que el personal de salud pueda ofrecer una atención adecuada durante el proceso de gestación, parto, post-parto y lactancia. Tomar en cuenta aspectos como la competencia cultural y la sensibilidad de los obstetras hacia el respeto de las creencias, valores y preferencias culturales de cada mujer durante el proceso del parto sería una de las alternativas para entender cómo se reproduce la violencia obstétrica.

Al hablar de reproducción de violencia obstétrica debemos tomar en cuenta que en el ámbito de atención médica, en especial durante el parto, existe una normalización de prácticas violentas. La coerción o negación de la información, por ejemplo, son aceptadas como parte de un procedimiento habitual el parto e incide en la falta de sensibilización y formación del personal médico sobre los derechos que tienen las mujeres durante el parto.

Existen actitudes arraigadas y prácticas sociales relacionadas con la identidad de género, que desempeñan un papel crucial en la reproducción de la violencia obstétrica, ya que pueden perpetuar comportamientos discriminatorios hacia las mujeres durante el parto (Belli 2013). Estos comportamientos pueden ser naturalizados dentro de ciertos entornos de atención obstétrica, debido a normas culturales, prácticas institucionales establecidas o la falta de conciencia sobre los derechos y necesidades de las mujeres durante el parto. Es fundamental desafiar y abordar estas formas de violencia obstétrica y discriminación, promoviendo una atención centrada en la paciente, respetuosa y libre de prejuicios.

La presente investigación busca explorar las dinámicas de género y patrones socioculturales que influyen en las interacciones dentro de la atención obstétrica, para comprender cómo se manifiestan las desigualdades de género y cómo afectan la calidad de atención recibida por las mujeres embarazadas, que desencadenan en la perpetuación de la violencia de género. Es de interés determinar sus conocimientos sobre este tipo de violencia e identificar los obstáculos o desafíos que surgen en la implementación de estrategias de prevención de la violencia obstétrica.

El estudio busca comprender cómo la violencia obstétrica se percibe, justifica o normaliza dentro de la práctica obstétrica, específicamente entre obstetras mujeres y hombres que están directamente involucrados en el proceso de atención del parto. Este tema invita a explorar las

percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras en relación con la violencia obstétrica, así como los factores de género que contribuyen a la naturalización de esta problemática en ambos grupos.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Explorar y comprender las percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras, tanto hombres como mujeres, que están involucrados en la atención directa del parto, sobre violencia obstétrica, con el propósito de identificar los factores subyacentes que contribuyen a su normalización, aportando así conocimientos significativos para el diseño de estrategias positivas de prevención y sensibilización en el ámbito obstétrico.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar las normas de género y los patrones socioculturales presentes en las interacciones entre el equipo de atención obstétrica y las pacientes que reproducen la violencia de género en este servicio de salud.
- Evaluar conocimientos con respecto a la formación médica del personal que tiene contacto directo con las pacientes durante el parto sobre la identificación, el tratamiento y la prevención de la violencia obstétrica.
- Identificar los obstáculos o desafíos que surgen en la implementación de estrategias de prevención de la violencia obstétrica, tomando en cuenta la jerarquía y cultura organizacional que puede influir en la naturalización de la violencia obstétrica.

### **1.4. Justificación**

En Ecuador es frecuente la violencia obstétrica. A nivel nacional, el 47.5% de los casos se concentra en áreas urbanas, mientras que un porcentaje mayor, el 54.8%, corresponde a zonas rurales. Específicamente, las mujeres indígenas y afrodescendientes en Ecuador enfrentan particularmente altas tasas de violencia gineco-obstétrica, con incidencias del 60.4% y 45.0% respectivamente, destacando la interseccionalidad de la violencia por razones de género, raza, etnia y clase. Esta problemática afecta de manera desproporcionada a mujeres jóvenes y en edad reproductiva, de 15 a 44 años, y se observa con mayor prevalencia en aquellas con un nivel educativo básico (INEC 2019).

Al tratar las normas de género y los patrones socioculturales en la atención obstétrica, el estudio ofrece una oportunidad para comprender y dismantelar las estructuras que perpetúan la violencia de género en entornos clínicos. Esto es especialmente relevante dado el contraste en la prevalencia de la violencia obstétrica entre áreas urbanas y rurales, lo que sugiere que factores socioculturales y de accesibilidad juegan un papel importante en la atención de las mujeres. Sin embargo, persisten vacíos en la literatura sobre este tema en Ecuador y se ha invisibilizado el problema que representa la violencia obstétrica.

La Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM 2018, 13), vigente desde el 2018 en el país, reconoce y define a la violencia obstétrica como “toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos”. Sin embargo, no existe en Ecuador una ley específica sobre este tipo de violencia, ni una estrategia nacional que contribuya a su erradicación y prevención desde la formación médica y la asistencia sanitaria.

La violencia obstétrica constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, contraviniendo los principios éticos esenciales de la medicina, tales como el respeto por la autonomía y la dignidad de los pacientes.

Es crucial investigar la percepción, justificación y normalización de esta violencia dentro de la práctica obstétrica, centrándose en los obstetras de diferentes géneros que participan directamente en el proceso del parto. Estos profesionales desempeñan un rol crítico en el cuidado de las mujeres embarazadas; por lo tanto, sus percepciones, actitudes, conocimientos y experiencias ejercen una influencia significativa en la calidad de atención que reciben las mujeres, impactando directamente en su bienestar y en la experiencia del parto.

La formación médica en el campo de la obstetricia no contempla una formación específica en la detección y el manejo de la violencia de género en el ámbito obstétrico, por lo que el personal médico no está familiarizado ni formado académicamente para manejar herramientas de evaluación de riesgo, detección, estrategias de intervención y protocolos de apoyo. Su falta de conciencia en cuanto a derechos de los pacientes en situaciones de violencia de género revela una carencia en el manejo de estas prácticas y ello puede llevar a la subestimación o falta de reconocimiento de casos de violencia.

Identificar las estrategias efectivas de prevención de la violencia obstétrica en la formación médica, puede ayudar a reducir la incidencia de esta violencia y garantizar una experiencia más segura y respetuosa para las mujeres durante el parto. La violencia obstétrica refleja y refuerza las desigualdades de género al afectar desproporcionadamente a las mujeres y ser ejercida principalmente por profesionales de la salud. Investigar este tema es crucial para comprender cómo estas desigualdades se manifiestan en el ámbito de la atención obstétrica. Así como podríamos contribuir a cambios culturales y sensibilización de género en el ámbito obstétrico para fomentar una atención más equitativa y centrada en la paciente. Esto puede incluir programas de formación en competencia cultural y sensibilidad de género para los profesionales de la salud e incentivar a la promoción de políticas y prácticas que respeten los derechos reproductivos y autonomía de las mujeres.

Como investigadora y obstetra comprometida con la salud y los derechos reproductivos, y siendo una mujer negra que se encuentra entre los grupos más discriminados, mi acercamiento a este estudio sobre la violencia obstétrica en Ecuador parte de una profunda preocupación por las desigualdades sistémicas que afectan a las mujeres, especialmente aquellas en contextos vulnerables. A lo largo de mi práctica profesional en áreas tanto urbanas como rurales, he podido observar de primera mano las disparidades en la calidad del cuidado obstétrico, así como las complejas interacciones entre factores sociales, étnicos y de clase que contribuyen a perpetuar esta violencia. Estas experiencias me sitúan en una posición para explorar la violencia obstétrica no solo como un problema de salud pública, sino también como un reflejo de las desigualdades estructurales. Este panorama impulsa a investigar y profundizar en las causas, manifestaciones y consecuencias de la violencia obstétrica, buscando generar evidencia que pueda informar políticas y prácticas más justas y respetuosas.

### **1.5. Propuesta metodológica**

Para explorar y comprender en las percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras, tanto hombres como mujeres, que están involucrados en la atención directa del parto, con respecto a la violencia obstétrica, se realiza un estudio de enfoque cualitativo. Este enfoque permite indagar en las complejidades y matices de la práctica obstétrica, permitiendo capturar las narrativas personales y colectivas que revelan cómo se construyen, interpretan y normalizan estas experiencias dentro del ámbito médico. Con su aplicación se busca generar

un conocimiento rico que permita reconstruir las realidades vividas por los obstetras en relación con la violencia obstétrica, basándose en la evidencia empírica y contribuyendo así a la elaboración de estrategias efectivas para su prevención y manejo (Ragin 2007). Al priorizar la voz y perspectiva de los profesionales de la salud, la investigación cualitativa ofrece una base sólida para entender los factores que contribuyen a la perpetuación de esta problemática. Este estudio focaliza su análisis en obstetras que han tenido contacto directo con la atención de pacientes durante su proceso de parto o experiencia en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, por más de 10 años, interactuando con mujeres de diverso origen social, étnico y de clase, ya que el Ecuador es un país con una extensa diversidad cultural. La elección de tres profesionales obstetras para el caso de análisis está justificada por el interés en capturar las percepciones y prácticas vinculadas a la violencia obstétrica. La inclusión de dos mujeres y un hombre obstetra no es aleatoria; responde al criterio de diversidad de género, esencial para explorar cómo las experiencias y concepciones varían entre profesionales de diferente género. Este enfoque permite una comprensión más rica de las dinámicas de género en la práctica obstétrica y su influencia en la prevalencia de violencia. Además, la selección de una obstetra con experiencia en comunidades científicas y profesionales y en Salud Sexual y Reproductiva enriquece el estudio con perspectivas que abarcan tanto el conocimiento empírico como el académico, ofreciendo una visión integral de las prácticas y su relación con la violencia. Este conjunto diverso de participantes garantiza una evaluación cercana y matizada de las prácticas obstétricas

Para recopilar la información de interés y dar respuesta a los objetivos planteados, realicé entrevistas semiestructuradas para comprender la relación entre normas de género y patrones socioculturales y casos de violencia, así como experiencias concretas y estrategias de prevención y afrontamiento implementadas en la institución de salud (Anexo 1).

Es importante proteger la confidencialidad y privacidad de los profesionales entrevistados. Por lo tanto, se utilizaron seudónimos para preservar su identidad, considerando sus percepciones y experiencias de género en el contexto de la violencia obstétrica. Me he basado en el código de ética de investigación de la Flacso; en el cual se recalca la importancia de contribuir al bienestar de las mujeres y del personal que da atención directa a pacientes; además se ha enfatizado en recalcar el trato equitativo considerando las

desigualdades estructurales, y por otro lado resaltando la autonomía y dignidad. Todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre los objetivos de la investigación y firmaron un consentimiento informado.

Además, realicé una revisión sistemática de literatura para recopilar y sintetizar estudios previos relevantes sobre la violencia obstétrica y el papel de los profesionales obstetras. Este procedimiento permite obtener una visión amplia y actualizada de la literatura académica y científica disponible sobre este tema para la discusión de los resultados.

El procedimiento metodológico que se sigue en esta investigación constó de diferentes momentos. La investigación de campo inició con la aplicación de la entrevista semiestructurada a cada profesional. Una vez recopilada la información, se procedió al análisis y discusión de los resultados. Además de mis años de experiencia como obstetra en la atención a pacientes en un Centro de Salud.

Este estudio se organiza en cuatro secciones principales. Luego de esta introducción preliminar donde se esbozan el planteamiento y la justificación del problema, los objetivos, la pregunta de investigación y la metodología empleada, se procede al desarrollo del estudio.

El segundo capítulo, centrado en el marco contextual y teórico, proporciona las bases necesarias sobre la violencia obstétrica en Ecuador, su regulación, así como las perspectivas teóricas sobre el feminismo crítico, el género, los derechos humanos y la violencia, lo cual contribuye a la comprensión y al análisis del tema.

A continuación, el capítulo tres presenta el análisis de los resultados, donde se examinan detalladamente los principales hallazgos de las entrevistas y la observación participante, y discuto con investigaciones previas.

Esta tesina culmina con un capítulo final de conclusiones y recomendaciones sobre las percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras, tanto hombres como mujeres, que están involucrados en la atención directa del parto, sobre violencia obstétrica. Se identifican también los factores subyacentes que contribuyen a la normalización de esta problemática, aportando así conocimientos significativos para el diseño de estrategias positivas de prevención y sensibilización en este ámbito.

## **Capítulo 2.**

### **Una mirada a la violencia obstétrica desde el feminismo crítico y los derechos humanos**

En este capítulo, se someten a examen los marcos teórico-analíticos del feminismo crítico, la perspectiva de género y los derechos humanos y la violencia obstétrica seleccionados para fundamentar el estudio. Además, se contextualiza la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador, explorando las dinámicas y desafíos específicos que se enfrentan en relación a la violencia obstétrica, como violencia de género.

#### **2.1. Fundamentar la violencia obstétrica desde el feminismo crítico y los derechos humanos**

Para la fundamentación teórica de esta investigación, tomo los aportes del feminismo crítico para analizar la violencia obstétrica. El feminismo crítico para el análisis de la violencia obstétrica me permite explorar cómo las estructuras de poder y dominación patriarcal influyen en la normalización de la violencia dentro del ámbito médico. Además, mi estudio parte de la perspectiva de género y derechos humanos en el análisis de los derechos sexuales y reproductivos, algo que enriquece nuestra comprensión de cómo las desigualdades de género afectan la calidad de la atención médica y la experiencia de las mujeres durante el parto, afectando las garantías a sus derechos. Finalmente, al focalizar la argumentación en la violencia obstétrica como una manifestación específica de la violencia de género, se busca fundamentar sobre las lógicas teóricas que contribuyen a la normalización de la violencia.

##### **2.1.1. Mirada feminista crítica a la violencia obstétrica**

La teoría feminista, desde sus diversidades, ofrece una perspectiva crítica que desafía la visión patriarcal tradicional, que perpetúa la subordinación femenina y tolera, de manera encubierta, la violencia hacia las mujeres desde diferentes ámbitos y categorías analíticas (Bedoya-Ruiz et al. 2020). Con sus postulados se opone al abuso y desigualdad arraigadas en un sistema dominado por el poder masculino que se reproduce en argumentos, enfoques y prácticas. Adoptando la teoría feminista, el análisis que se propone en este estudio asume que la violencia obstétrica es una violencia que se afianza con los cuerpos de las mujeres.

Connell y Pearse (2015) argumentan que la categorización y la disciplina del cuerpo no son meramente resultados de protocolos médicos, sino que se inscriben dentro de una práctica

más amplia de generización que se refleja en todas las esferas sociales. Los cuerpos, en especial los de las mujeres, son moldeados y contruidos a través de prácticas y expectativas sociales que van desde la labor profesional hasta la educación, pasando por el sistema de salud. Estos procesos, que a menudo pasan desapercibidos por su carácter cotidiano y normalizado, en realidad perpetúan una forma de violencia simbólica que impide a las mujeres ejercer plena autonomía.

Blázquez (2005) también destaca que el parto, más allá de ser un fenómeno biológico, actúa como un espejo cultural que refleja y perpetúa las estructuras de poder y los valores predominantes en una sociedad. Durante el parto y el proceso maternal se imponen y reproducen expectativas sobre el comportamiento y los roles de género. Esto muestra cómo las instituciones de salud, en lugar de actuar como entes neutrales, están influenciadas por normativas culturales y sociales que refuerzan las prácticas patriarcales, limitando así las opciones y la autonomía de las mujeres en estos contextos críticos.

En estas instituciones prevalece el “derecho masculino al castigo”. Según Ariza (2013), esta prerrogativa atribuida al esposo o padre de familia otorga autoridad para sancionar “transgresiones” o “desobediencia” de las mujeres. Aunque este concepto hace mención a la dinámica familiar, se extiende más allá de sus fronteras, legitimando y perpetuando una estructura de dominación y control, profundamente arraigada en las tradiciones y valores patriarcales. El “derecho masculino al castigo” refuerza no solo la posición subordinada de la mujer, sino que también modela las interacciones, perpetuando ciclos de poder desequilibrado y resistencia.

Este desequilibrio en las relaciones de poder ha afectado la participación de las mujeres en la profesionalización médica, según Ehrenreich y English (1981). Aunque las mujeres han desempeñado un papel fundamental como sanadoras, siendo pioneras en medicina y anatomía en la historia occidental, la atención en salud está mayoritariamente en manos de profesionales masculinos. Esta desigualdad no es un resultado natural o una incapacidad de las mujeres, sino más bien una expresión de la toma activa de poder por parte de los hombres. Aunque es común reconocer que el desafío radica únicamente en el machismo individual, las autoras argumentan que el sistema clasista que ha facilitado a los hombres de clase acomodada vencer, relegándonos a un papel sumiso y manejable. El sexismo institucionalizado se ha apoyado en un sistema de clases que sostiene el poder masculino. Por



ello, es crucial reconocer y desafiar estas estructuras para avanzar hacia una verdadera igualdad de género en el ámbito de la salud y prevenir la relegación de las mujeres de este sistema.

La violencia y, específicamente, la violencia obstétrica contra las mujeres se sostiene en la normalización de la subordinación femenina. En un sistema dominado por valores masculinos, el ordenamiento social, influenciado por una estructura sexo/género heteronormativa, jerárquica y binaria, relega a las mujeres a roles asociados predominantemente con la reproducción biológica, mientras posiciona a los hombres en esferas de reproducción social. De acuerdo con MacKinnon (1995), el núcleo de esta división radica en la expresión de la sexualidad, la cual fundamenta la organización societal en dos géneros distintos, permeando así toda la estructura de las relaciones sociales. Lo que se percibe como “normal” resulta de narrativas dominantes que perpetúan la desigualdad y la injusticia, desde un enfoque esencialmente masculino (Bourdieu 2020).

En el marco de una sociedad dominada por valores patriarcales, la medicina, como institución, no ha sido ajena a esta influencia, manifestándose a través de una marcada masculinización a lo largo de su historia. Dicha estructura social jerárquica se refleja claramente en las instituciones de salud, donde la formación médica perpetúa métodos de enseñanza que priorizan el biologicismo sin fomentar una reflexión crítica sobre estas prácticas. Con frecuencia, se utiliza el cuerpo femenino como un mero objeto al que se le puede infligir dolor, minimizando o desestimando el conocimiento que la mujer tiene sobre su propia corporalidad (Bellón 2015).

No obstante, el género también interactúa y se entrelaza con otras categorías. Las relaciones de poder que se manifiestan a través de diferencias de clase social y etnia influyen dentro de los servicios de atención médica. La procedencia económica y la raza son utilizadas para justificar y perpetuar desigualdades sociales y violencia (Gil 2008). Por ejemplo, Szulc (2023) destaca que en Chile se violenta a las mujeres indígenas mapuche porque el sistema de salud no reconoce e incorpora la medicina tradicional indígena en sus prácticas, ignorando así el contexto sociocultural vital para el bienestar de las mujeres y los derechos colectivos de los pueblos originarios a la autodeterminación.

Para Bedoya-Ruiz et al. (2020) factores microsociales simbólicos, tales como el lenguaje, la comunicación y la confianza, juegan un papel crucial en la interacción entre las mujeres y el personal de salud durante la atención obstétrica. Estos elementos se ven profundamente influenciados por estructuras macrosociales como el racismo, el patriarcado y el capitalismo. Esta intersección de factores contribuye a un entorno en el que la brusquedad del personal médico hacia las mujeres se convierte en una norma, así como el abandono durante el parto, lo que resulta en casos de negligencia médica. Además, es frecuente encontrar personal con actitudes antipáticas, donde prevalece la falta de respuesta, la mínima verbalización y la trivialización del dolor y el sufrimiento femenino. Todas estas prácticas dejan a las mujeres sin voz ni voto sobre su propio cuerpo.

Así, la adopción de la teoría crítica feminista como marco analítico es fundamental en este contexto, ya que permite examinar la violencia obstétrica no solo como un problema de salud, sino como una cuestión intrínsecamente ligada a las estructuras de poder y desigualdad de género. A pesar de los avances significativos que el feminismo ha logrado en cuestionar la dominación sobre el cuerpo femenino y las violencias que de ello derivan, el capitalismo y el patriarcado convergen para configurar experiencias específicas dentro de los sistemas de salud. En estos contextos predomina un enfoque tecnocrático del parto, el cual trata el nacimiento como un evento más en una cadena de producción, lo que no solamente repercute negativamente en las mujeres sino también agrava las condiciones laborales del personal de salud encargado de atender a un alto volumen de embarazos (Bellón 2015).

En definitiva, “el acceso al feminismo supone la adquisición de un nuevo marco de referencia, unas gafas que muestran a menudo una realidad ciertamente distinta de la que percibe la mayor parte de la gente” (De Miguel 2005, 234). Es por ello que como orientación teórica es particularmente pertinente para examinar la violencia obstétrica, reconocida como una manifestación de violencia de género que infringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como parte de los derechos humanos.

Desde su lente, en este estudio se subraya la necesidad de abordar y erradicar las prácticas patriarcales y la dominación cultural que vulneran la integridad y libertad de las mujeres en el contexto obstétrico.

### **2.1.2. Enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos**

El concepto de género evidencia la existencia de una disparidad de poder. Aunque para Puleo (2008) la inclusión de la categoría de género en el análisis social no solo resalta la desigualdad que afecta a las mujeres, Segato (2003) va más allá y destaca que el desmantelamiento de la desigualdad sexo-género, sostenida por el patriarcado, requiere que el debate se extienda más allá del ámbito femenino, enfatizando que el sexismo es un problema de los hombres. De ahí que en esta investigación me interesa dirigir la mirada hacia quienes ejercen la violencia, que muchas veces son obstetras varones. Reconocer y entender estas dinámicas a través de una perspectiva de género es fundamental para la reivindicación de derechos, ya que permite visibilizar y dar sentido a realidades previamente ignoradas o negadas.

Sin embargo, en las tendencias de evolución de los derechos humanos es menos común el debate sobre violaciones sistemáticas de los derechos de las mujeres. Las mujeres tuvieron que esperar hasta la Conferencia de Viena en 1993 para el reconocimiento explícito de que sus derechos son, indiscutiblemente, derechos humanos. Sin embargo, fueron las conferencias subsiguientes, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, las que catalizaron cambios formales significativos en la doctrina de los derechos humanos, enfatizando la importancia de los derechos sexuales y reproductivos e incluyendo el acceso a un trato sin violencia como un aspecto esencial para el bienestar humano y la consecución de la igualdad de género.

El reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para garantizar la igualdad de género y el bienestar de las mujeres en todas las etapas de sus vidas. A lo largo de la historia, estos derechos han enfrentado numerosas violaciones que limitan el control autónomo de las mujeres sobre su sexualidad y reproducción. Por ejemplo, la persistencia de la violencia obstétrica refleja la prevalencia de normas sociales patriarcales y sistemas de salud deficientes que continúan marginando a las mujeres durante sus experiencias reproductivas. Si bien constituye una grave infracción a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y en última instancia, a sus derechos humanos, también es una manifestación de violencia de género, subrayando la necesidad de un enfoque de género en la atención sanitaria. La violencia obstétrica no es solo una violación individual de los derechos,

sino también un síntoma de una problemática cultural y social más amplia que requiere de una respuesta colectiva y estructural (Bellón 2015).

Las mujeres tienen derecho a decidir de manera informada y libre sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, sin sufrir discriminación, coacción o violencia. Esto abarca el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva seguros y de calidad, y el derecho a recibir un trato digno y respetuoso durante el embarazo, el parto y el postparto. Sin embargo, en contextos dominados por estructuras patriarcales, la autoridad ejercida sobre la sexualidad y capacidad reproductiva de las mujeres a menudo sirve para perpetuar su subordinación. Los obstetras vulneran la autonomía de las mujeres en relación con sus cuerpos y el de sus hijos. Aunque estos profesionales deben promover el respeto y la autodeterminación de las mujeres, es frecuente que abusen de su autoridad para imponer control y limitar derechos, actuando bajo estereotipos de género en torno a la sexualidad y la reproducción (Bellón 2015).

En nuestra sociedad, la maternidad y el parto han sido considerados como el núcleo de la identidad femenina, mientras que la expresión de la sexualidad femenina ha sido sujeta a tabúes y control social. Esta dicotomía entre la maternidad idealizada y la sexualidad reprimida se refleja en la salud reproductiva de las mujeres. Según Chiaroti et al. (2003), la concepción tradicional de las mujeres como madres abnegadas y la noción de que deben pagar un precio, como un parto doloroso, por disfrutar de su sexualidad, perpetúa prácticas y actitudes que afectan negativamente la salud de las mujeres, los fetos y los bebés.

Así, la violencia obstétrica atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Con sus prácticas se niega a las mujeres el control sobre su propio cuerpo y procesos reproductivos, se infringe su derecho a un trato digno y se mina su capacidad para tomar decisiones. Esta situación no solo afecta la salud física y emocional de las mujeres, sino que también refleja y perpetúa estructuras más amplias de desigualdad de género y discriminación dentro del sistema de salud y la sociedad en general.

En este contexto, la adopción del género como categoría analítica no solo enriquece nuestra comprensión de las dinámicas de poder que afectan la vida de las mujeres, sino que también resalta la importancia de abordar las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral del desarrollo humano. Esta perspectiva revela cómo la subordinación de

las mujeres en los ámbitos de la salud reproductiva y sexual, a través de prácticas como la violencia obstétrica, no es solo un asunto de salud individual sino un reflejo de desigualdades más profundas arraigadas en la estructura social y cultural.

### **2.1.3. Violencia obstétrica como violencia de género**

Para abordar de manera efectiva el tema de la violencia obstétrica, es esencial comenzar con una comprensión clara y detallada de la violencia en términos generales, seguida por una exploración específica de la violencia de género, ya que la comprensión de la violencia representa un desafío en el campo de los estudios sociales y humanísticos, dada su naturaleza compleja y sus múltiples manifestaciones. Este enfoque de lo general a lo particular permite establecer una base sólida para comprender cómo se inserta la violencia obstétrica dentro de estos contextos más amplios.

Como señala Martínez (2016), una de las principales dificultades en el estudio de la violencia radica en la ausencia de una definición precisa que pueda encapsular todas sus formas y características. Esta diversidad de expresiones hace que la violencia sea un término esquivo a la hora de ser definido de manera general. Briseño-León (2001) profundiza en esta idea al argumentar que la violencia, más que un concepto teórico, es un término utilizado en el lenguaje cotidiano para describir una variedad de comportamientos, sucesos y realidades. Esta perspectiva se ve respaldada por Blair (2009), quien afirma que, aunque es posible describir los actos de violencia en detalle, teorizar o conceptualizar sobre ella en términos amplios y universal es representa un reto mucho mayor. Esta dificultad conceptual subraya la necesidad de un enfoque que no solo aborde la violencia en sus aspectos más evidentes y físicos, sino que también considere sus dimensiones psicológicas, culturales y estructurales, que son igualmente críticas para una comprensión holística del fenómeno (Merino 2019; Martínez 2020).

Frente a los retos que implica definir de manera integral el concepto de violencia, en esta investigación se sigue la propuesta de Martínez (2016, 16), quien, consciente de las limitaciones inherentes a la formulación de un concepto universal de violencia, destaca que es “una forma de relación social caracterizada por la negación del otro”. Esta conceptualización se ve complementada por la perspectiva de Keane (2000), para quien la violencia es fundamentalmente un acto relacional que transforma a la víctima en un objeto, privándola de

su condición de sujeto y reduciéndola a un ente merecedor de castigo o destrucción. Así se destacan dos aspectos cruciales: primero, la violencia es inherentemente relacional, requiriendo la interacción entre individuos, y segundo, la víctima en el acto violento es despojada de su humanidad y derechos, siendo tratada como un objeto.

Para Segato (2003), la discordancia entre el sistema sexo-género y el contrato social es fundamental para comprender la violencia de género. Esta tensión surge debido a que, por un lado, el sistema sexo-género estructura el mundo de forma desigual, asignando roles y definiendo normas de conducta. Por otro lado, el contrato social proclama la protección de las mujeres y el rechazo a la violencia hacia ellas, aunque paradójicamente, perpetúa prácticas violentas y desigualdades. Dentro de este escenario, la mujer, como participante de ambos sistemas, se ve atrapada en esta contradicción. Como señalan Aponte y Femenías (2008), las mujeres son definidas y restringidas por roles de género preestablecidos, mientras que simultáneamente se reconoce como sujetos sociales con capacidad de autonomía. Esta dicotomía crea un terreno fértil para la legitimación y reproducción de la violencia contra las mujeres. En este entrecruzamiento de normas contradictorias, la violencia de género emerge y se perpetúa, evidenciando la necesidad crítica de abordar las incongruencias entre las expectativas sociales y la realidad vivida por las mujeres (García 2021).

Una vez definidos los términos de violencia y violencia de género, se puede profundizar en la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que ocurre dentro del ámbito de la atención médica. La concepción de violencia que se manifiesta en la práctica obstétrica refleja cómo históricamente la experiencia de la maternidad ha sido moldeada y regulada por distintos mecanismos de poder. En diversas culturas, estos mecanismos han establecido normativas estrictas sobre los procedimientos a seguir durante la maternidad, dictando no solo lo que se considera apropiado, sino también lo que debe ser evitado (Ramírez 2019).

En el análisis propuesto por Belli (2013) sobre la violencia obstétrica se destaca que a nivel mundial se observa un cambio significativo desde mediados del siglo XIX con la tecnificación y medicalización de parto. Según la autora, durante el siglo veinte en Argentina y gran parte de América, la obligatoriedad de dar a luz en instituciones marcó un cambio en la atención. Esta transformación se enraizó en una amplificación del proceso de marginación de conocimientos locales y en la implementación continua de diversas intervenciones

destinadas al control social, con el objetivo de fortalecer el dominio de un modelo médico hegemónico que trata a las mujeres más como un objeto de atención médica que como una persona con autonomía y voz propia.

La medicina moderna, particularmente en lo que respecta a la reproducción humana y la salud en general, se caracteriza por una fuerte inclinación hacia el biologismo que tiende a explicar fenómenos sociales, culturales o psicológicos en términos biológicos o genéticos (García 2021). Según Bellón (2015), los sistemas de salud han estandarizado que la fertilidad y la experiencia de ser madre son aspectos de la vida femenina que deben ser controlados por el ámbito médico, sin tener en cuenta las necesidades de las pacientes. De acuerdo con Foucault (1975), la medicina y sus profesionales emergen como autoridades destacadas en sociedades donde la ciencia se erige como el discurso predominante de la verdad. Esta posición privilegiada tiene implicaciones significativas, ya que otorga al discurso médico una capacidad institucional y una legitimidad social para gestionar y regular la vida de las personas (Foucault 1996). La consecuencia de esta dinámica es que las prácticas médicas, incluyendo aquellas relacionadas con el parto y la salud reproductiva, no solo se convierten en la norma, sino que también adquieren la autoridad para definir y controlar estos procesos.

La maternidad se convierte en un ámbito primordial de control biopolítico, tal como lo expone Foucault (1976), donde la asimetría en la relación médico-paciente se arraiga firmemente en las prácticas sociales. La institucionalización del proceso reproductivo desplaza a la mujer de su papel central en su propio embarazo, parto y puerperio, cediendo su lugar a la autoridad del conocimiento médico.

El paradigma dominante de medicalización y tecnificación en la atención del parto institucionalizado trata a la mujer como un objeto de intervención médica, en lugar de reconocerla como un sujeto con derechos (Belli 2013). Esta relación desigual entre mujeres y profesionales de la salud revela una profunda brecha tanto simbólica como real, que obstaculiza el ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres (Bellón 2015).

La patologización de los partos, a través de la medicalización excesiva, la intervención médica innecesaria y las políticas hospitalarias restrictivas para partos de bajo riesgo, es un ejemplo de cómo se ejerce violencia simbólica y epistémica, silenciando voces y restringiendo los derechos de las mujeres. Tal y como argumenta Camacaro (2009), esta

modalidad de atención obstétrica reduce la autonomía de las mujeres en su vida sexual y reproductiva, dependiendo excesivamente de la intervención técnica y médica, y minimizando su papel protagonista en sus propias experiencias de embarazo, parto y puerperio. De esta manera, la autoridad del saber médico eclipsa la voluntad y la participación activa de las mujeres, consolidando así la legitimidad de la intervención y control médico sobre sus decisiones y preferencias en estos procesos vitales.

Así, se consolida la violencia obstétrica que es considerada como “toda acción u omisión que limita los derechos de las mujeres embarazadas durante el momento del parto” (Ledesma et al. 2023, 39). No solo representa una forma de violencia de género, sino que también constituye una grave violación de los derechos humanos, particularmente en lo que respecta al derecho a la salud y a recibir atención médica digna y respetuosa durante la fase reproductiva. Este derecho va más allá del mero derecho a estar sano; engloba una gama más amplia de factores determinantes que contribuyen al bienestar general de los individuos (Rosales y Villaverde 2006). En este contexto, la violencia obstétrica infringe el derecho a la salud de las mujeres y afecta a su bienestar integral, subrayando la importancia de su tratamiento desde una perspectiva de derechos humanos completa y multidimensional.

La violencia obstétrica se erige como un desafío global reconocido, abarcando una gama de abusos que van desde la violencia física, verbal y psicológica hasta la negligencia en la atención durante el embarazo, el parto, el post-parto y la lactancia. Como bien apunta Ledesma et al. (2023), abordar y prevenir la violencia obstétrica es esencial para salvaguardar el derecho de las mujeres a una atención en salud reproductiva digna y respetuosa. En el ámbito obstétrico, el respeto a la autonomía de las pacientes es clave y se traduce en proporcionar información completa y clara sobre los procedimientos médicos, sus riesgos y las alternativas disponibles. Fomentar la participación activa de las mujeres en las decisiones relacionadas con su cuidado obstétrico no solo promueve un entorno de respeto mutuo, sino que también previene la violencia obstétrica. Un enfoque centrado en la paciente y basado en el respeto a sus derechos y su autonomía es un paso vital hacia una atención obstétrica más humana y compasiva, donde las necesidades y deseos de las mujeres sean atendidos y valorados adecuadamente.

Es por ello que la mayoría de las investigaciones sobre la violencia obstétrica se han centrado en las mujeres que han experimentado estas formas de abuso, otorgándoles así un papel



central en la narrativa y el entendimiento de esta problemática (Annborn y Finnbogadóttir 2022; Ledesma et al. 2023; Monroy 2012; Morales 2018). Este enfoque ha sido crucial para visibilizar las experiencias de las mujeres en el parto, que históricamente han sido marginadas o ignoradas. Estos estudios han revelado que muchas mujeres han sufrido abuso físico y psicológico y, principalmente, emergen cuatro categorías principales que describen las experiencias vividas, las cuales son: falta de información y consentimiento, que incluye la provisión de información deficiente y la ausencia de un rol activo en la toma de decisiones durante el proceso del parto; el alivio insuficiente del dolor, caracterizado por el sufrimiento de un dolor intenso sin un manejo adecuado del mismo; la falta de confianza y seguridad, en la cual las mujeres se encuentran con personal médico con actitudes negativas y un uso inadecuado del lenguaje médico, así como amenazas y comparaciones denigrantes.

Además de centrarse en las experiencias de las mujeres, hay investigaciones que exploran la percepción del personal de salud sobre las intervenciones y prácticas en ginecología y obstetricia, adoptando una perspectiva biopolítica. Por ejemplo, Carreño y Sánchez (2018), se enfocaron en los protocolos del sistema de salud y sus efectos en la violencia. Pintado et al. (2015), vincularon las percepciones y prácticas violentas con el agotamiento profesional. En tanto, Olza (2014) y Morales (2020), consideran que la falta de formación en aspectos emocionales y sexuales del parto, traumas no resueltos y el síndrome de burnout son cuestiones explicativas de la violencia obstétrica.

A diferencia de estas perspectivas previas, la violencia obstétrica se investiga aquí desde un enfoque de género, feminista y de derechos humanos (Belli 2013, Bellón 2015). Como en su práctica se observa la vulneración de múltiples derechos, se subraya la urgencia de sensibilizar y educar a los profesionales de la salud sobre este tema, enfocándose en garantizar sus derechos. Asimismo, se debe asegurar que las mujeres reciban un trato digno y respetuoso por parte del personal de salud. Este enfoque requiere abordar las limitaciones existentes en los servicios de salud sexual y reproductiva y asegurar que todas las mujeres, independientemente de su origen socioeconómico o cultural, tengan igual acceso a una atención de calidad.

Al considerar la violencia obstétrica dentro del marco teórico previamente establecido, se revela cómo esta forma específica de violencia se enraíza en la intersección de las estructuras de poder de género y las contradicciones del contrato social. Las mujeres, atrapadas entre las

expectativas de roles de género tradicionales y su reconocimiento como sujetos autónomos, enfrentan violaciones a sus derechos humanos más fundamentales. La falta de respeto a la autonomía de las mujeres durante el parto, la imposición de procedimientos médicos innecesarios, la ausencia de información adecuada y el trato deshumanizado por parte del personal de salud son manifestaciones de la violencia obstétrica.

A pesar de los avances teóricos y legales en materia de derechos humanos y género, persisten prácticas arraigadas que infringen la integridad y dignidad de las mujeres durante uno de los momentos más vulnerables de sus vidas: el parto. Esta contradicción refleja la urgencia de aplicar un enfoque crítico feminista que no solo identifique y describa estas prácticas, sino que también aborde las raíces estructurales y culturales de la violencia obstétrica. Al hacerlo, se puede comenzar a develar las normativas patriarcales que permiten que la violencia obstétrica continúe ocurriendo y se puede avanzar hacia una atención en salud reproductiva que respete plenamente los derechos y la autonomía de todas las mujeres.

## **2.2. Contexto de la violencia obstétrica en Ecuador**

La violencia obstétrica, lejos de ser un fenómeno nuevo, ha sido una constante en la historia de las mujeres, arraigada en la dominación masculina y culturalmente perpetuada en distintas sociedades. Aunque en ocasiones puede parecer un problema reciente, en realidad es una manifestación de larga data de la desigualdad de género. Los movimientos feministas y otros colectivos de mujeres han denunciado históricamente la apropiación del cuerpo femenino como territorio de control masculino. Sin embargo, solo en años recientes se ha logrado un avance significativo en el reconocimiento y la legislación supranacional, transnacional y nacional de este tipo de violencia (Ledesma et al. 2023).

Aunque tardío, el reconocimiento y abordaje de la violencia obstétrica por parte de organismos internacionales marcó un hito en la lucha contra este tipo de abuso. Fue en 2014 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó la iniciativa y planteó por primera vez el trato irrespetuoso y violento hacia las mujeres durante el parto en centros de salud a nivel global. Aunque no se empleó el término de violencia obstétrica, significó un avance crucial para el inicio de su visibilización y reconocimiento. Posteriormente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU 2019) profundizó en este tema a través de su informe “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los

servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. Este documento reconoce la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos, enfocándose en cómo afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En América Latina, el término “violencia obstétrica” fue incorporado formalmente en el ámbito legal por primera vez en Venezuela en 2007, marcando un precedente importante en la región. A pesar de este avance legislativo significativo y de contar con las herramientas jurídicas para sancionar la violencia obstétrica, persiste un desafío crucial: la necesidad de difundir ampliamente el conocimiento sobre este tipo de violencia. Otros países como México, Argentina y Chile también han avanzado en su regulación (Bellón 2015).

En Ecuador, el artículo 25 del Código de la Niñez y Adolescencia (CNA 2003) destaca la responsabilidad del poder público y de las instituciones de salud y asistencia hacia niños, niñas y adolescentes, enfatizando la creación de condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto. De manera particular, este marco legal se centra en garantizar el cuidado apropiado tanto para la madre como para el niño o niña, con una atención especial a las madres adolescentes y a los recién nacidos.

Ecuador se ha distinguido por su enfoque innovador en la gestión intercultural del parto, reflejado en la creación de la “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP 2008). Esta guía se desarrolló reconociendo la importancia de integrar un enfoque intercultural en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y reproductiva, una necesidad especialmente relevante en un país plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico. Este enfoque busca adaptar los servicios de salud a las necesidades específicas, costumbres y tradiciones culturales de cada individuo, respetando y valorando la diversidad cultural del país. La guía tiene como objetivo principal mejorar la calidad de la atención en todas las etapas del proceso reproductivo, preparto, parto y post-parto, tanto para las mujeres como para los recién nacidos.

A lo anterior se agrega que también se ha implementado la Normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (MSP 2015), una normativa que busca reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, enfocándose en la provisión de una atención adecuada a la gestante, la promoción del parto

humanizado y el apoyo a la lactancia materna. La normativa establece directrices claras para el personal de salud que trabaja con mujeres embarazadas, subrayando la necesidad de evitar prácticas médicas que puedan causar daño físico, psicológico o emocional tanto a la madre como al bebé. El respeto a estos principios implica la realización de intervenciones obstétricas cuidadosas y consideradas, buscando minimizar cualquier forma de dolor o sufrimiento innecesario para la mujer durante el proceso de atención obstétrica.

Para abordar la problemática de la violencia obstétrica, en Ecuador se han impulsado esfuerzos significativos a nivel legislativo y de políticas de salud. La “Guía Práctica Clínica de Control Prenatal” (MSP 2016) ofreció a los profesionales de la salud un conocimiento profundo y basado en la evidencia científica sobre el cuidado prenatal. Esta guía enfatiza la necesidad de una atención prenatal rutinaria e integral, involucrando a un equipo multidisciplinario para prevenir y reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

Posteriormente, se publicó el “Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021” (MSP 2017) que tuvo como objetivo asegurar una atención integral y de calidad en los derechos sexuales y reproductivos, con un enfoque especial en la igualdad y el respeto, enfatizando en los grupos de atención prioritaria y minorías.

En 2018, Ecuador dio un paso importante en la lucha contra la violencia de género con la promulgación de la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM 2018) que reconoce una variedad de formas de violencia ejercidas contra las mujeres por su género. De particular relevancia para esta investigación es la inclusión de la violencia gineco-obstétrica y la define como cualquier acción u omisión que obstruya el derecho de las mujeres a la salud. Esto incluye maltrato, la imposición de prácticas culturales no consentidas, violación del secreto profesional, abuso en la medicalización y considerar los procesos naturales de embarazo, parto y post-parto como patológicos. Estos actos conllevan a la pérdida de autonomía y capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en su calidad de vida y salud sexual y reproductiva. La ley destaca que incluso las mujeres no embarazadas pueden ser víctimas de violencia durante su atención ginecológica u obstétrica, ya sea a través de prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico. Así, la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM

2018) representa un avance significativo en la protección de los derechos de las mujeres en Ecuador.

No obstante, la violencia obstétrica sigue siendo un problema real. La Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres, ENVIGMU, (INEC 2019) reveló datos preocupantes en Ecuador. De acuerdo con sus resultados, siete de cada diez mujeres han experimentado algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida, y de estas, cinco de cada diez han sufrido violencia gineco-obstétrica. Más específicamente, cuatro de cada diez mujeres han vivido violencia obstétrica durante la gestación, el parto y el postparto, lo que indica que esta forma de violencia es un problema latente en la atención de salud a las mujeres en el país. A pesar de la singularidad de cada historia y vivencia, se han identificado factores comunes de maltrato, los cuales son: negligencia, violencia verbal, abuso durante los exámenes físicos, falta de acompañamiento durante el parto y las consecuencias tanto a corto como a largo plazo (Lara 2023; Ledesma et al. 2023).

Aunque Ecuador ha realizado importantes avances en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, existe una brecha significativa entre los progresos formales y su implementación práctica. A pesar de los esfuerzos legislativos, las violaciones a estos derechos, particularmente en lo que respecta a las mujeres y a los servicios ginecológicos y obstétricos, persisten en la realidad cotidiana. Aún queda un camino significativo por recorrer para asegurar que las normativas se traduzcan en cambios tangibles y positivos en la experiencia de las mujeres ecuatorianas en el sistema de salud. La realidad subraya la urgencia de garantizar una atención digna y respetuosa a todas las mujeres, reconociendo no solo las prácticas de la violencia obstétrica, sino también las percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras, así como las normas de género y los patrones socioculturales que contribuyen a la normalización de esta problemática.

### Capítulo 3.

#### **Ecos de silencio: voces obstétricas en la trama de violencia en Ecuador**

El presente capítulo se dedica al análisis de los resultados obtenidos a través de entrevistas a profundidad con tres profesionales obstetras y de la observación participante como obstetra en la atención al parto en un centro de salud.

Este análisis busca desentrañar las interacciones entre normas de género, patrones socioculturales y prácticas obstétricas que perpetúan la violencia de género en el contexto de la atención obstétrica. A través de una cuidadosa selección de participantes, que incluye a dos mujeres obstetras y a un hombre obstetra, este estudio intenta capturar percepciones y prácticas asociadas con la violencia obstétrica. Asimismo, se evalúan los conocimientos y la formación médica de estos profesionales en cuanto a la identificación, tratamiento y prevención de la violencia obstétrica, identificando también los obstáculos y desafíos en la implementación de estrategias de prevención.

Eren, Patricia y Carlos son obstetras que han tenido contacto directo con la atención de pacientes durante su proceso de parto además de estar especializados en el marco de los derechos en Salud Sexual y Reproductiva con más de 10 años de experiencia, interactuando con mujeres de diverso origen social, étnico y de clase. La inclusión de dos mujeres obstetras y un hombre obstetra permite explorar cómo las experiencias y concepciones varían entre profesionales, según el género. Los participantes en esta publicación estudiaron en la Universidad Central de Ecuador, pero provienen de diferentes lugares del país, como se muestra en la Tabla 3.1., y ello permite conocer sobre su experiencia en diferentes contextos.

**Tabla 3.1. Perfil de los entrevistados**

<b>Seudónimo</b>	<b>Procedencia geográfica</b>	<b>Estudios</b>	<b>Años de experiencia profesional</b>
Eren	Quito	Universidad Central del Ecuador	36
Patricia	Loja	Universidad Central del Ecuador	10
Carlos	Quito	Universidad Central del Ecuador	18

Elaborado por la autora

### **3.1. Realidades develadas: violencia obstétrica en Ecuador**

Aunque las y el obstetra comparten diferentes experiencias profesionales, reconocen que la violencia obstétrica es una realidad en Ecuador. De acuerdo con la información de Eren, citando fuentes oficiales como el INEC, 48 de cada 100 mujeres mayores de 15 años habían participado en prácticas de este tipo. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a la procedencia cultural y geográfica. La violencia obstétrica es más probable entre las mujeres indígenas, alcanzando cerca del 70%. Aunque existe una Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado y se dio un paso importante en la lucha contra la violencia de género con la promulgación de la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM 2018), la violencia es frecuente en el país. Los servicios de salud nacionales no parten de las necesidades de las mujeres, sino que “tradicionalmente se han organizado sin tomar en cuenta la realidad de la población” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

Esta es una realidad invisibilizada (Ledezma et al. 2023). Por ejemplo, “la vestimenta hospitalaria no considera la intimidad de las usuarias y se emplean expresiones diminutivas como: “mijita, mamita”, etc. para referirse a sus pacientes, en lugar de su nombre” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

La violencia verbal y psicológica también es reconocida por Patricia (entrevista, 27 de febrero de 2024) al señalar que ha presenciado que a las pacientes se les dice “no puje o no grite” o se le reprocha que “ahorita estuvo pujando o gritando”.

En la atención al parto en Ecuador se reproduce y cobra vida la dicotomía entre la maternidad idealizada y la sexualidad reprimida. En concordancia con lo señalado por Chiaroti et al. (2003), existe la noción de que deben pagar un precio, como un parto doloroso, por disfrutar de su sexualidad. Con frecuencia se escuchan frases como: “así como disfruté, ahorita sí tiene que colaborar... y la mayoría de las pacientes se quedan calladitas” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Estas prácticas que atentan contra los derechos de las mujeres se han mantenido a lo largo de los años.

Cuando me gradué, se hacía enema, se hacía rasurado. A la paciente ni siquiera se le preguntaba, ni se le explicaba qué es lo que se iba a hacer y se le ponía una bata que la dejaba a la paciente semidesnuda. Y se asignaba una asistente. Aparte de que está dolorida, te ponen en un lugar que no conoces a nadie, con el dolor que tienes y semidesnuda (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Aunque se han establecido diferencias en la calidad de atención entre el sector público y el sector privado y se ha identificado que las gestantes del país suelen preferir las segundas instituciones por el trato más personalizado (Lara 2023), Eren no tiene claro que pueda existir una brecha entre estos centros en cuanto a la violencia obstétrica.

Existen profesionales de servicios públicos que tratan despectivamente a las usuarias, también el tiempo de espera por la gran demanda y brecha de profesionales, la falta de stock de medicamentos, materiales y dispositivos. En ciertos establecimientos del sector privado, se realizan procedimientos innecesarios elevando los costos para las usuarias, cesáreas, innecesarias, no se adecúan los espacios y profesionales a las condiciones culturales para la atención (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

La violencia obstétrica se manifiesta de diversas formas y puede expresar tanto en la falta de consentimiento informado como en la medicalización excesiva de los procesos naturales del parto. Por ejemplo, la realización de intervenciones médicas innecesarias, como la episiotomía sin consentimiento previo de la mujer, constituye una forma de violencia obstétrica. Además, es “frecuente no informar adecuadamente con evidencia científica sobre alternativas para la toma de decisiones y tampoco se informa previamente sobre las particularidades de los procedimientos que se realizarán” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

Durante la atención no siempre se respetan las decisiones y preferencias de la mujer. Se ignoran sus deseos de tener un parto respetado y humanizado y se subordinan al procedimiento científico, sin considerar sus necesidades. Incluso, “se observa una tendencia a la normalización de ciertas prácticas obstétricas, como el parto horizontal, incluso cuando las pacientes expresan preferencias diferentes” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024). Esto puede ser resultado de una cultura institucional arraigada que subordina las preferencias de las mujeres a los procedimientos establecidos.



Las mujeres son sometidas a intervenciones innecesarias como la episiotomía sin su consentimiento informado. Según lo expresado por Carlos, hay una tendencia en la atención médica ecuatoriana a priorizar los procedimientos sin tener en cuenta sus derechos, lo que lleva a imposiciones médicas sin el consentimiento informado de las mujeres embarazadas, ignorando sus necesidades. “Esta falta de comunicación efectiva por parte del personal médico lleva a una sensación de desamparo y vulnerabilidad en las mujeres embarazadas” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024). Es por ello que, por lo general, “las pacientes vienen atemorizadas sin saber a lo que se van a enfrentar” (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Los tipos de maltrato, silencios, minimización y exclusión presentados con anterioridad corresponden a manifestaciones de violencia obstétrica que abarca una gama de abusos que van desde la violencia física, verbal y psicológica hasta la negligencia en la atención durante el parto, el post-parto (Ledesma et al. 2023). Estas prácticas reflejan cómo históricamente la experiencia de la maternidad ha sido moldeada y regulada por distintos mecanismos de poder (Ramírez 2019). Como consecuencia, es persistente la actitud de tratar a la mujer durante la atención obstétrica como un objeto médico, en lugar de reconocerla como un sujeto con plena autonomía y voz propia. Esto refleja una exclusión arraigada en el sistema de atención médica que niega las necesidades de las mujeres.

### **3.2. Cruces culturales y género: moldeando la atención obstétrica**

La violencia no es ajena a los servicios de salud del Ecuador y durante el proceso de parto. Diversos mecanismos han establecido normativas estrictas sobre los procedimientos a seguir durante la maternidad, dictando no solo lo que se considera apropiado, sino también lo que debe ser evitado (Ramírez 2019). En la práctica obstétrica del país se afecta la autonomía de las mujeres en decisiones críticas como el parto, a menudo sin considerar su origen cultural y los derechos sexuales y reproductivos.

Desde su experiencia en los centros de salud, Patricia (entrevista, 27 de febrero de 2023) destaca que “los partos generalmente se realizaban en la comunidad. Solo se solicita al obstetra como apoyo porque se tiene más confianza en las señoras parteras que son parte de su círculo social”.

La discrepancia entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas socioculturales de las usuarias, como señala la “Guía Técnica para el parto culturalmente adecuado”, puede llevar a que las mujeres eviten buscar atención en las unidades de salud.

Los sistemas de salud son discriminatorios existen prejuicios culturales y socioeconómicos que median en la atención y subordinan a los pacientes a la decisión del profesional. Estudios previos han identificado que no se realiza una adecuada anamnesis que permita comprender desde varios aspectos tanto (culturales, religiosos, sociales, económicos, etc.) las necesidades y condiciones de las usuarias frente a un atención o procedimiento (Annborn y Finnbogadóttir 2022; Ledesma et al. 2023; Monroy 2012; Morales 2018).

Carlos, también ha atendido pacientes que se sienten excluidas por su etnia, aspecto físico y costumbres. Además, “lamentablemente sí, sí hay muchas prácticas discriminatorias en torno a su procedencia, a su etnia, su estatus económico, incluso, a su grado de educación” (entrevista a Carlos 28 de febrero de 2024).

En cambio, Eren destaca estas características como una necesidad de brindar una atención más cercana:

Aunque he observado en ciertos profesionales diferencia de trato y atención por su procedencia cultural y socioeconómica, en mi experiencia personal, donde he ejercido mi profesión de atención directa, más bien nos enfocábamos a dar mayor atención a las mujeres con esta condición por ser de mayor riesgo y por tanto nos preocupábamos por motivarlas con una atención con calidez para que ellas asistan a los servicios (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

La atención en el ámbito obstétrico refleja las complejidades de un sistema de salud que, aunque aspira a la equidad, se encuentra mediado por prejuicios culturales y socioeconómicos. A pesar de que profesionales como Carlos y Eren enfatizan un trato igualitario hacia todos los pacientes, las experiencias sugieren que la presencia de pacientes o familiares con ciertas credenciales profesionales o status socioeconómico alto puede inducir una sensación de cautela o temor en el personal médico. Esta reacción, aunque no altera el trato otorgado, sí implica una alerta que puede afectar sutilmente la interacción entre el profesional y el paciente. Este fenómeno destaca cómo la percepción de poder y autoridad externa puede influir en el ambiente clínico.

En mi atención no hay diferencia, pero yo sí me pongo como que un poquito más de alerta, te podría decir, o con un poco más de temor cuando vienen pacientes o familiares que dicen: yo soy abogado, o no, yo trabajo en el ministerio, e, incluso, a veces vienen con su credencial. Tratan de imponerte que hagas cosas o procedimientos. Entonces, yo a todos los pacientes les trato por igual, les atiendo por igual, pero cuando vienen así, es como que crece un temor, una alerta (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Si bien Pozzio (2016) destacó que aumentan los reportes de violencia obstétrica, a pesar de la feminización del equipo médico en este servicio, la presencia de las obstetras mujeres sugiere la posibilidad de una mayor empatía y conexión con las pacientes, derivada de la experiencia compartida como mujeres. De acuerdo con Eren, esta conexión puede fomentar un sentido de sororidad y comprensión mutua entre la profesional y la paciente, contribuyendo a un entorno de atención más respetuoso y centrado en las necesidades individuales de cada mujer. Incluso, esto puede ser reconocido por los obstetras hombres. “Él siempre me decía, pero es que tú les tienes paciencia y es cierto, por lo general, brindamos más confianza en un servicio y ámbito social marcado también por cuestiones religiosas y culturales” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Como las estructuras de poder tradicionales se reproducen en diversos ámbitos de la vida, la no participación de los hombres en el proceso maternal y la concepción de la maternidad vinculada al género femenino, puede condicionar experiencias en la atención obstétrica. Aunque los obstetras pueden estar dispuestos a brindar un cuidado compasivo, la falta de una experiencia compartida con las mujeres puede limitar su conexión.

A mí personalmente, lo que más se me ha hecho difícil es la empatía, porque por más que tengas la predisposición, no puedes. Tienes que ser empático en sentir, pero tú a veces minimizas como hombre ese tipo de dolor. Sin embargo, la asignación tradicional de los roles de género hace que sea difícil ser empático, pero se puede ser más sensible ante las necesidades del paciente (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Esta expectativa de género puede generar presión adicional sobre las mujeres durante el parto. Se espera que demuestren fuerza y resistencia ante el dolor y la fatiga, mientras son atendidas por obstetras que no logran ser empáticos por estereotipos de género que han marcado su crecimiento y formación. Además, los padres pueden sentirse excluidos o impotentes en este contexto, ya que la atención se centra principalmente en la madre y el

bebé, dejándolos en un papel secundario o incluso sintiéndose marginados en un evento tan significativo como el nacimiento de su hijo. La asimetría de género influye en las expectativas sociales y culturales que rodean al parto, lo que puede tener implicaciones para la reproducción de la violencia en este proceso fundamental de la vida humana.

Evitar el impacto de estas normas y patrones en la reproducción de la violencia obstétrica conlleva a considerar “el punto de vista de la paciente, informar adecuadamente y evitar intervenciones innecesarias” (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024). Sin embargo, la subordinación y exclusión histórica de las mujeres ha conllevado a que no siempre se reconozca como un sujeto activo de derecho, contribuyendo a una invisibilización de sus necesidades específicas. Según el obstetra entrevistado, este desconocimiento no solo proviene de las estructuras de poder, sino también de las propias pacientes. Condicionadas por normas socioculturales, a menudo no se perciben como sujetos activos de derechos. Esta dinámica opera por la naturalización de la omisión y perpetúa la violencia obstétrica donde el paciente, en este contexto la mujer embarazada, no ejerce su libertad de expresión ni demanda sus derechos, asumiendo pasivamente el rol que la jerarquía médica le asigna.

Yo pienso que en realidad más que ignorar el dolor o las necesidades del paciente, también se tiene un cierto desconocimiento por parte de la paciente. No se siente segura de que tiene derechos y de que puede exigir sus derechos. Ese es el problema porque la paciente viene pensando en que sólo lo que el médico diga está bien o sólo lo que la enfermera y los profesionales le digan a usted está bien. Entonces, a veces también no ejerce sus derechos y tampoco ejercen su libertad de expresarse. Ya en la labor de parto y en el parto el que se expresa es su cuerpo. Entonces, hay que ser muy empático y hay que tener mucha capacidad de análisis, saber observar qué le está pasando a la paciente (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

La afirmación de Carlos sobre las mujeres que no ejercen sus derechos y libertad de expresión sugiere una peligrosa naturalización de la violencia. Esta perspectiva culpabiliza a las víctimas al insinuar que la violencia es consecuencia de su falta de exigencia para evitarla. Este enfoque refleja cómo la violencia está arraigada, incluso entre profesionales médicos sensibles a la problemática.

Desde sus perspectivas únicas, él y las entrevistadas destacan la influencia de prejuicios basados en género, sistema sexo-género, etnia y estatus socioeconómico, así como la

mediación de cuestiones religiosas, falta de información y autonomía de las gestantes. Su minimización se manifiesta en la falta de respeto a sus decisiones, la imposición de prácticas médicas sin su consentimiento informado y las barreras a la participación activa en el proceso de atención. Así la maternidad se convierte en un ámbito primordial de control biopolítico, tal como lo expone Foucault (1976), donde la asimetría en la relación médico-paciente se arraiga firmemente en las prácticas sociales.

Esta dinámica refleja una desigualdad estructural que relega a las mujeres a un papel subordinado dentro del ámbito obstétrico, limitando su capacidad para ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijos. Es la estructura institucional sobre la concepción de las jerarquías en los sistemas de salud y otras prácticas culturales, consolidadas por la formación, lo que contribuye a su mantenimiento.

### **3.3. Partos forzados: desentrañando las raíces de la violencia obstétrica**

La violencia obstétrica, una forma de violencia de género que afecta a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, tiene múltiples causas profundamente arraigadas en las estructuras sociales, culturales, institucionales y de género.

Por ejemplo, Carlos reconoce que el etnocentrismo en la atención médica está presente en Ecuador, y es muy frecuente la tendencia a priorizar procedimientos, sin considerar los derechos de las mujeres. La falta de apertura hacia prácticas culturales distintas a las de la cultura predominante instauro la tendencia de menospreciar o rechazar cualquier enfoque diferente al establecido.

Especialmente en las ciudades grandes, hay un etnocentrismo, porque creemos que nosotros no somos indígenas, ni montuvios, ni somos negros y no tenemos por qué adoptar esas costumbres ni tampoco tenemos por qué permitir que esas costumbres se realizan en nuestro servicio, donde nosotros somos los jefes. Hay un etnocentrismo dentro de la atención médica que podríamos llamarle un *médico centrismo*, porque en las comunidades profesionales nos sentimos, cuando usamos un mandil, una bata, que somos superiores, a la paciente y sus familiares, sentimos que nosotros somos los únicos capaces de guiar esa labor de paz y de guiar ese paso (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

En Ecuador existe falta de sensibilización y concientización sobre la violencia obstétrica y ello es una causa fundamental de su persistencia. La sociedad en general no está plenamente

informada sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto, lo que perpetúa la normalización de prácticas violentas en los entornos obstétricos. Esta falta de conciencia se refleja en la escasa atención que reciben estos temas en las instituciones de salud (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024). Además, las prácticas de violencia obstétrica se encuentran tan normalizadas que las instituciones de salud no desarrollan de manera sistemática los procesos de sensibilización y análisis para identificar, prevenir y erradicar de este tipo de violencia (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

A menudo, los profesionales de la salud no están adecuadamente capacitados para identificar y abordar la violencia obstétrica, lo que contribuye a su perpetuación. Además, la ausencia de protocolos claros y sistemáticos para la sensibilización y el análisis de la violencia obstétrica en las instituciones de salud, según Patricia, impide la implementación efectiva de medidas preventivas y de erradicación. Incluso, si bien “existen normativas nacionales que regulan las prácticas obstétricas y disponen su humanización, no se garantiza su cumplimiento debido a la falta de auditoría y supervisión efectiva y ello deja a las mujeres vulnerables a situaciones de abuso y maltrato” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024). Esta falta de atención y acción institucional refuerza la idea de que la violencia obstétrica es algo inevitable o incluso aceptable, lo que perpetúa su ocurrencia y afecta negativamente la calidad de la atención en el país.

La influencia de los patrones religiosos en Ecuador también desempeña un papel significativo en la perpetuación de la violencia obstétrica. Los ideales religiosos que glorifican la maternidad y la concepción como un mandato divino pueden crear expectativas poco realistas y presiones sociales sobre las mujeres para que cumplan con estos roles de manera específica y sin cuestionamientos. Estos ideales religiosos a menudo se traducen en una moralidad sexual rígida que estigmatiza la anticoncepción, la interrupción del embarazo y otras decisiones reproductivas autónomas de las mujeres. Como resultado, “estas normas sobre todo religiosas limitan la toma de decisiones de las mujeres, el desconocer que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024). Muchas mujeres se ven limitadas en su capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, lo que las deja vulnerables a la violencia obstétrica.

La asimetría de género en el contexto del parto conlleva expectativas arraigadas en la sociedad sobre cómo las mujeres deberían enfrentarse a este proceso en comparación con los hombres. Históricamente, los hombres han sido excluidos del proceso del parto, considerándolo un asunto exclusivo de las mujeres, las parteras y las tías. Esta exclusión ha llevado a que los hombres minimicen los dolores y desafíos asociados con el parto, lo que resulta en una falta de sensibilidad hacia las experiencias y necesidades de las mujeres durante este proceso. Esta falta de sensibilización y distancia de los hombres hacia el parto puede contribuir a la perpetuación de la violencia obstétrica, ya que no están plenamente conscientes de las dificultades y desafíos que enfrentan las mujeres durante el parto.

Los hombres, en sí, minimizamos mucho esto de los dolores del parto y de todo este proceso del parto. A los hombres como fuimos históricamente excluidos del proceso, porque era un asunto de las mamás, de la paciente, antes de las parteras y de las tías, se nos hizo muy poco sensible a todo ese proceso, se nos distanció (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Varios son los factores que perpetúan la violencia obstétrica en el país. Los resultados de la investigación revelan una preocupante coincidencia entre los entrevistados en torno a la falta de sensibilización y concientización sobre el tema. Se destaca que tanto los profesionales de la salud como las propias pacientes presentan conocimientos marcados por concepciones religiosas y tradicionales sobre los roles de género. Los profesionales pueden no estar plenamente conscientes de que sus acciones u omisiones constituyen violencia obstétrica, lo que sugiere vacíos en su formación. Hasta el momento se ha perpetuado la estructura de poder que subordina a las mujeres.

#### **3.4. Formación médica: “no damos el paso para el cambio de paradigma”**

La violencia obstétrica se manifiesta en un contexto donde, a pesar de los avances teóricos y legales en materia de derechos humanos y género, persisten prácticas arraigadas que infringen la integridad y dignidad de las mujeres durante uno de los momentos más vulnerables de sus vidas. Según los entrevistados en Ecuador han existido avances en la formación médica que permiten prevenir, reconocer y erradicar este tipo de prácticas. Por ejemplo, según Eren (entrevista, 28 de febrero de 2024), se han realizado cambios en la “malla curricular de hace unos pocos años y se incluyó el tema de derechos, sexuales y reproductivos, interculturalidad, atención primaria de salud que se enfoca en la atención

integral”. Con la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado” se reconoce la importancia de la inclusión y la atención humanizada desde la diversidad.

Aunque Carlos señala que su formación sobre violencia obstétrica ha sido limitada, sí ha participado en capacitaciones. “Más que sobre violencia obstétrica, he recibido formación sobre el enfoque intercultural del parto. Había una parte técnica, enfocada en los procedimientos, y otra en la sensibilización, que creo que fue la más significativa, porque es importante conocer cómo conectar con las pacientes, sus necesidades” (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024). “Por mi propia cuenta he tratado de investigar un poquito en Internet porque hubo algún momento en el que fue muy popular lo de la violencia obstétrica, sin embargo, nunca he recibí formación en este tema (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Aunque las y el obstetra coinciden en que se han realizado avances significativos, no se trata solo de incluir normas o participar en algunas capacitaciones. “tal vez faltaría profundizar en el tema de derechos sexuales y reproductivos, tener contacto con las organizaciones de mujeres, actualizar las leyes vigentes” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024). También es importante incluir mecanismos de evaluación de conocimiento y prácticas, para corroborar que en la práctica existen avances en la preparación y actuación de las y los obstetras. “Sí debería estar mejor capacitados, tener mayor información sobre violencia obstétrica porque la puedo estar cometiendo. Pero yo no lo sé, aunque según mi perspectiva, yo estoy bien” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

La iniciativa individual de obstetras como Patricia, quien buscó información sobre violencia obstétrica en Internet, subraya una laguna significativa en la educación formal en este ámbito. Este esfuerzo de autoformación no solo revela la proactividad y el compromiso personal con una práctica médica ética y consciente, sino que también pone de manifiesto las limitaciones de los programas de formación existentes que no abordan de manera exhaustiva la violencia obstétrica. La búsqueda de información en línea y otros recursos externos por parte de los profesionales de obstetricia sugiere la necesidad de una mayor inclusión de contenidos relacionados con el tema objeto de estudio.

Sin embargo, este avance potencial en la formación médica se encuentra con obstáculos significativos, entre ellos, las resistencias culturales y organizacionales que frenan la



adopción de prácticas más humanizadas y conscientes de género en la atención médica. Tales resistencias no solo limitan la efectividad de las intervenciones dirigidas a mitigar la violencia obstétrica, sino que también perpetúan un ciclo de desinformación y prácticas obsoletas que comprometen el bienestar de las mujeres.

Pienso que muchos profesionales no estamos preparados para el cambio o no queremos, no damos paso al cambio de paradigma en cuanto a la atención del parto. Estamos tan acostumbrados a la norma que atendía y en la que se debe seguir atendiendo, que a veces, sobre todo los profesionales, ya tenemos algún tiempo o cierta edad que nos hace un poco más difícil adoptar estos cambios que en realidad son avalados no solo científicamente, sino también culturalmente, por un lado (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

La declaración de Carlos subraya cómo la edad y la experiencia pueden influir en la disposición a adoptar nuevas perspectivas y metodologías que están respaldadas tanto por evidencia científica como por consideraciones culturales. Este fenómeno resalta la importancia de una educación continua y actualizada en el ámbito de la obstetricia que enfatice los derechos humanos, la perspectiva de género y la sensibilización cultural. Como destacaron Carreño y Sánchez (2018), la violencia obstétrica, originada en parte por el desconocimiento o la omisión, subraya la necesidad crítica de abordar estas brechas en la formación profesional, reforzando que la ignorancia no exime de la responsabilidad ética y profesional de proporcionar una atención respetuosa y libre de violencia.

El análisis anterior revela avances sobre la formación en perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos en las carreras médicas, principalmente obstetricia. Sin embargo, persisten desafíos, como la resistencia al cambio entre algunos profesionales. Aunque se reconocen cambios en la inclusión de temas de derechos sexuales y reproductivos, así como en el enfoque intercultural del parto, hay consenso entre los entrevistados sobre la necesidad de una formación más profunda y específica sobre violencia obstétrica.

### **3.5. Desafíos y estrategias: previniendo la violencia obstétrica en la práctica**

Al considerar los hallazgos sobre la violencia obstétrica en el país, se revela cómo esta forma específica de negación del otro se enraíza en la intersección de las estructuras de poder de género, en la biopolítica y es una manifestación directa de la tensión entre un sistema sexo-

género que define roles y conductas “normales” para las mujeres, y un contrato social que, aunque proclama protegerlas, normaliza y perpetúa la violencia en prácticas cotidianas. Por lo tanto, se requiere de estrategias que contribuya a un cambio en las perspectivas, prácticas y concepciones. Mientras el sistema de salud avanza en algunos cambios en la formación médica, “reconoce la necesidad de una formación más profunda en derechos sexuales y reproductivos y la importancia de un trabajo conjunto entre diferentes actores” (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

Ecuador dio un paso importante en la lucha contra la violencia de género con la promulgación de la LOIPEVM (2018) que reconoce una variedad de formas de violencia ejercidas contra las mujeres por su género y de particular relevancia para esta investigación es la inclusión de la violencia gineco-obstétrica. Para Carlos, la Normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyn) y la Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado reconocen los derechos de las pacientes y ofrece garantía para su respeto y como consecuencia se podría prevenir la violencia obstétrica. Sin embargo, se requiere de mayor difusión y capacitación sobre el tema porque “si tú preguntas aquí a alguien, no van a saber o solo conocen lo mínimo sobre violencia obstétrica. Entonces, primero, pienso que es importante la información y la sensibilización tanto de los profesionales como de la población. Esa es la mayor estrategia” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Aunque se han reconocido los derechos de las pacientes a través de leyes y guías técnicas, la falta de conocimiento generalizado sobre la violencia obstétrica y la necesidad de sensibilización destacan la brecha entre la intención de las políticas y su aplicación práctica. La falta de conocimiento y sensibilización, tanto en profesionales de la salud como en la población, sugiere que las políticas y formaciones deben ir acompañadas de esfuerzos sustanciales para educar y concienciar, asegurando que los cambios legales y curriculares tengan un impacto real en la prevención de la violencia obstétrica. La brecha entre la legislación avanzada y su implementación efectiva en los centros de salud señala un desafío persistente: la necesidad de transformar la cultura organizacional y las prácticas profesionales para erradicar la violencia obstétrica.

La importancia de una educación integral en derechos sexuales y reproductivos es importante, resaltando la necesidad de un enfoque más profundo y la colaboración entre

diversos actores. El país avanza en el ordenamiento jurídico, pero a nivel institucional y social es precaria la articulación entre diferentes actores. “Nosotros podemos cumplir con las normas, pero sin embargo la paciente puede sentirse violentada por la falta de humanidad y empatía” (entrevista Carlos, 28 de febrero de 2024). “La normativa es importante, pero depende de cada profesional. Si no se cumple la normativa en los diferentes centros, entonces todo sigue igual y no hay cambios y actualizaciones en la atención” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024). Además, existen problemas de articulación.

Todavía es débil el trabajo conjunto de las organizaciones de mujeres con las organizaciones profesionales y la academia, y los servicios de salud a sus distintos niveles requieren de una mayor relación con las organizaciones de mujeres para que en mesas de diálogo se logren acuerdos para disminuir la violencia obstétrica. En las organizaciones de profesionales existen pocos espacios de debate y capacitación sobre el tema para proponer acuerdos de cambio que orienten a disminuir la violencia obstétrica (entrevista a Eren, 28 de febrero de 2024).

A nivel de cada centro también se podrían implementar otras innovaciones que, sin afectar el clima laboral, apuesten por una mayor calidad e inclusión en la atención. Las y el obstetra coinciden en que se debe evaluar la atención al paciente. De acuerdo con sus experiencias, primero, se debe capacitar a todos los profesionales. “Hay obstetras que ni siquiera saben que están incurriendo en violencia y como lo ignoramos no hacemos nada por cambiar, porque así nos formaron o porque el proceso de sensibilización no fue el adecuado” (entrevista a Patricia, 27 de febrero de 2024).

Después de que todo el personal tenga ya conocimiento y sepa realmente, o sea, bien lo que es violencia obstétrica, pienso que podríamos tener un auditor que evalúe la atención, todos los procedimientos que se hacen, las historias clínicas. Realmente no existe un seguimiento para prevenir la violencia obstétrica en nuestros centros (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Las estrategias a nivel nacional y los avances normativos representan pasos significativos hacia la prevención de la violencia obstétrica en Ecuador. No obstante, la implementación práctica de estas y otras estrategias en los centros de salud enfrenta obstáculos considerables, según los entrevistados. A pesar de la existencia de marcos legales y guías técnicas que promueven el respeto y la protección de los derechos de las pacientes, la transición de estas normativas a prácticas efectivas en el entorno hospitalario a diferentes niveles es aún

limitada, destacando una falta de innovación y adaptación a las necesidades específicas de las mujeres que acuden a estos servicios.

Las acciones ancladas no nos llevan a nada. Es importante implementar más políticas de género direccionadas a la salud. El patriarcado es un ente muy superior, por lo que pienso que las mujeres muy poco eligen sus derechos. Es importante que en las instituciones donde se atienden partos debería haber un comité de ética que se base específicamente en aspectos estrictamente de violencia de género (entrevista a Carlos, 28 de febrero de 2024).

Es crucial reconocer que las políticas de género deben trascender la mera retórica y transformarse en acciones concretas y efectivas que aborden las desigualdades arraigadas en la sociedad. El patriarcado, como sistema de poder, permea todos los aspectos de la vida, incluida la salud, y limita las opciones y oportunidades de las mujeres.

El análisis detallado realizado en este capítulo revela la compleja interacción entre normas de género, patrones socioculturales y prácticas obstétricas que perpetúan la violencia de género en el contexto de la atención obstétrica en Ecuador. Los testimonios de Eren, Patricia y Carlos destacan tanto los avances como las limitaciones en la comprensión y abordaje de la violencia obstétrica en el país. A pesar de los cambios en la formación médica y la existencia de normativas y guías técnicas, persisten resistencias culturales y organizacionales que obstaculizan la adopción de prácticas más humanizadas y conscientes de género en la atención obstétrica.

## **Conclusiones**

La violencia obstétrica está presente en Ecuador y es una manifestación palpable de las desigualdades de género arraigadas en el sistema de salud. La prevalencia de esta forma de violencia se manifiesta en prácticas que deshumanizan y vulneran la dignidad de las mujeres, como el uso de vestimenta hospitalaria inadecuada, en muchos de los casos, el empleo de expresiones diminutivas e impositivas y procedimientos médicos invasivos sin consentimiento informado. Sin embargo, en esta investigación no se encuentran diferencias en cuanto a su manifestación en centros privados o públicos. Ambos sectores enfrentan problemas, desde el trato despectivo y la falta de recursos en el público hasta la realización de procedimientos innecesarios y costosos en el privado. Por lo tanto, la violencia obstétrica en Ecuador es un problema complejo y multifacético que requiere un abordaje integral.

Normas arraigadas y patrones socioculturales determinan la reproducción de la violencia obstétrica en los servicios de salud del Ecuador. La investigación concluye que la presencia de obstetras mujeres sugiere la posibilidad de una mayor empatía y conexión con las pacientes, derivada de la experiencia compartida como mujeres. Esta conexión puede fomentar un sentido de sororidad y comprensión mutua entre la profesional y la paciente, contribuyendo a un entorno de atención más respetuoso y centrado en las necesidades individuales de cada mujer. Por otro lado, la no participación de los hombres en el proceso maternal ha creado una dinámica en la que, aunque los obstetras pueden estar dispuestos a brindar un cuidado compasivo, la falta de una experiencia compartida con las mujeres puede limitar su capacidad para comprender plenamente las experiencias y necesidades de las pacientes.

La distinción por etnia y posición socioeconómica en la atención obstétrica refleja profundas inequidades y prejuicios arraigados. Los hallazgos revelan que las pacientes pueden enfrentar discriminación y exclusiones basadas en su origen étnico, color de piel, tamaño, aspecto físico y estatus socioeconómico. Además, los prejuicios culturales y socioeconómicos pueden influir en las decisiones médicas y en la interacción entre los profesionales de la salud y las pacientes. La falta de reconocimiento y respeto por las creencias y prácticas culturales de las pacientes puede contribuir a una atención obstétrica insensible y deshumanizada.

Aunque se han logrado avances en la inclusión de temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y la interculturalidad en la formación de los obstetras, aún persisten significativas lagunas. La iniciativa personal de algunos profesionales para auto informarse sobre la violencia obstétrica resalta un vacío en la formación formal que no aborda de manera exhaustiva este tema crítico. Además, existen resistencias culturales y organizacionales que dificultan la adopción de prácticas más humanizadas y conscientes de género en la atención obstétrica. La autoformación de los profesionales, aunque valiosa, no debería sustituir a una educación formal integral que aborde todos los aspectos de la violencia obstétrica, desde su prevención hasta su tratamiento. Este análisis recalca la urgencia de implementar cambios estructurales en la formación médica que permitan a los profesionales identificar y prevenir efectivamente la violencia obstétrica, promoviendo así una atención respetuosa y libre de violencia para todas las mujeres.

A lo anterior se agrega que existen desafíos en la implementación de estrategias de prevención, destacando la necesidad de una formación en derechos sexuales y reproductivos, así como la colaboración entre diversos actores para efectuar un cambio significativo en las prácticas y concepciones. En este estudio se han reconocido los avances a nivel normativo, pero se subraya la urgencia de mejorar la articulación institucional y social, así como la sensibilización y educación tanto de profesionales de la salud como de la comunidad, para cerrar la brecha entre la legislación y su aplicación práctica y enfrentar las resistencias culturales y organizacionales que perpetúan la violencia obstétrica.

A nivel de los centros de salud, la prevención y seguimiento de la violencia obstétrica son limitados, evidenciando una falta de iniciativas específicas, capacitación adecuada y mecanismos de seguimiento robustos. La prevención de la violencia obstétrica en Ecuador requiere de un enfoque multidisciplinario y multisectorial que vaya más allá de las intervenciones normativas, hacia un cambio educativo y cultural en la percepción y el tratamiento de las mujeres dentro del sistema de salud.

Los hallazgos de esta investigación revelan que la violencia obstétrica en Ecuador no es un incidente aislado, sino el resultado de complejas interacciones entre normas de género, discriminación socioeconómica y étnica, y prácticas institucionales que perpetúan desigualdades. Esta forma de violencia se entrelaza con el tejido mismo de la sociedad y el sistema de salud, reflejando una perpetuación de la desigualdad en espacios donde deberían

prevalecer la seguridad y el respeto a sus derechos fundamentales. Las prácticas discriminativas y los prejuicios, tanto implícitos como explícitos, se traducen en barreras reales para una atención obstétrica que respete plenamente la autonomía, la dignidad y las necesidades específicas de cada mujer. En este contexto, la violencia obstétrica emerge como un síntoma alarmante de falencias más profundas en el reconocimiento y la valoración de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

## Referencias

- Annborn, Anna y Hafrún Finnbogadóttir. 2022. "Obstetric violence a qualitative interview study". *Midwifery* (105): 103212.
- Aponte, Elida, y María Luisa Femenías. 2008. *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*. La Plata: EDULP.
- Ariza, Gladys. 2013. "Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI". *CES Psicol* 6 (1): 134-58.
- Bedoya-Ruiz, Libia A., Andrés Agudelo-Suárez y Diego Restrepo-Ochoa. 2020. "Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 37 (1): 142-147.  
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>
- Belli, Laura Florencia. 2013. "La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos". *Revista Redbioética* 4 (7): 25-34.
- Bellón, Silvia. 2015. "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica". *Dilemata* (18): 93-111.
- Blair, Elsa. 2009. "Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición". *Política y Cultura* (32): 9-33.
- Blázquez, María Isabel. 2005. "Aproximación a la antropología de la reproducción". *Revista de Antropología Iberoamericana* 42: 1-25.
- Bourdieu, Pierre. 2020. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Briceño-León, Roberto. 2001. *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Camacaro, Marbella. 2009. "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32): 147-162.
- Carreño, Jorge, y Claudia Sánchez. 2018. "Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación". *Perinatología y Reproducción Humana* (33): 37-45.
- Chiarotti, Susana, Mariana García, Analía Aucía, y Susana Armichiardi. 2003. *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: NSGENAR y CLADEM.
- Connell, Raewyn y Rebecca Pearse. 2015. *Gender In world perspective*. Cambridge: Polity Press
- CNA (Código de la Niñez y Adolescencia). 2003. Ley No. 100. Registro Oficial 737 de 03 de enero.
- De Miguel, Ana. 2005. "La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género". *Cuadernos de Trabajo Social* (18): 231-248.
- Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 1981. *Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de sanadoras*. Barcelona: EDITORIAL LA SAL.
- Foucault, Michel. 1996. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- . 1976. *La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI editores.
- . 1975. *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- García, Eva. 2021. *Partos arrebatados: la violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*. Madrid: Ménades Editorial.
- Gil, Franklin. 2008. "Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad". En *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y*



- multiculturalismo en América Latina*, editado por Wade, Peter, Fernando Urrea y Mara Viveros, 485-512. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.
- Hernández, Roberto, Carlos Fernández, y Pilar Baptista. 2023. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- INEC. 2019. *Prevalencia de la violencia ginecológica y obstétrica contra las mujeres 2019 a lo largo de la vida*. Quito: INEC.
- Keane, John. 2000. *Reflexiones sobre la violencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lara, Paulina Alejandra. 2023. “Violencia Ginecobstétrica: Percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y/u obstétricos de la ciudad de Quito, Ecuador”. Tesina de Especialización, FLACSO Ecuador.
- Ledesma, Domenica, Cheryl Martens, y Thays Brandão. 2023. “Violencia obstétrica En Ecuador: Una Realidad Invisibilizada”. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 10(1): 39-57.
- LOIPEVMLOIPEVM (Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres). 2018. Registro Oficial Suplemento 175 de 05 de febrero.
- MacKinnon, Catharine. 1995. *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martínez, Agustín. 2016. “La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio”. *Política y Cultura* (46): 7-31.
- Martínez, Ana. 2020. *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica*. Quito: Universidad de las Américas.
- Merino, Rubén. 2019. “La Comprensión de la Violencia de Género como Injusticia Estructural”. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* (14): 9-27.
- Monroy, Sonia. 2012. “El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá”. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia.
- Morales, María. 2020. “Nivel de conocimiento del personal de salud del servicio de patología obstétrica sobre violencia obstétrica en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito”. Tesis de maestría, Universidad Regional Autónoma de Los Andes.
- Morales, Yessica. 2018. “Percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en púérperas inmediatas del centro materno infantil del cono norte y sur de la ciudad de Lima”. Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2008. *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*.  
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>.
- . 2015. *Normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño, una iniciativa clave en el sistema de salud del país*.  
<https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>.
- . 2016. *Guía Práctica Clínica de Control Prenatal*. <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2016/>.

- . 2017. *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021*.  
<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>.
- Olza, Ibone. 2014. “Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica”. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (11): 79-83.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 2019. *Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto*. <https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>.
- Pintado, Sheila, Julio Penagos, y Marco Casas. 2015. “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica”. *Revista Ginecología y Obstetricia de México* (83): 173-178.
- Pozzio María Raquí. 2016. “La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica”. *Estudios Feministas* 24 (1): 101-117.  
<https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Puleo, Alicia (coord). 2008. *El reto de la igualdad de género: nuevas perspectivas en ética y filosofía política*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ragin, Charles. 2007. *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Ramírez, Gabriela. 2019. “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”. En *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo*, coordinado por Sagot, Montserrat y David Díaz, 569-590. Buenos Aires: CLACSO.
- Rosales, P, y María Silvia Villaverde. 2006. *Salud Sexual y Procreación responsable*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Segato, Rita. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Szulc, Andrea. 2023. “Restituyendo formas mapuche de parir y nacer en territorio recuperado”. *Etnografías Contemporáneas* 9 (16): 184-209.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Propuesta de entrevista semiestructurada sobre “Percepciones, actitudes y experiencias de los obstetras sobre la violencia obstétrica” para el estudio Violencia Obstétrica: papel de los profesionales obstetras en su reproducción y propuestas de intervención**

#### **Cuestionario para obstetra con experiencia en comunidades científicas**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Seudónimo para la investigación:** \_\_\_\_\_

**Procedencia geográfica:** \_\_\_\_\_

**Años de experiencia profesional:** \_\_\_\_\_

**Estudios:** \_\_\_\_\_

**Experiencia laboral:** \_\_\_\_\_

**Cargo y función actual:** \_\_\_\_\_

1. ¿Qué normas de género y patrones socioculturales cree usted que influyen en las prácticas obstétricas?
2. ¿Cómo cree usted que estas normas de género contribuyen a la reproducción de la violencia obstétrica?
3. ¿Es frecuente la violencia obstétrica en Ecuador? ¿Por qué?
4. ¿Cómo cree que se manifiesta la violencia obstétrica en la práctica profesional?
5. A su criterio, ¿en qué instituciones de salud es más frecuente la violencia obstétrica en el país?
6. ¿Cree usted que existen diferencias en cuanto al género de los obstetras en las prácticas que reproducen la violencia obstétrica? ¿Por qué?
7. En su experiencia, ¿existe diferencia en el trato o la atención brindada a las mujeres embarazadas en función de su procedencia socioeconómica o cultural?

8. ¿Qué tipo de formación reciben los y las obstetras para identificar, tratar y prevenir la violencia obstétrica?
9. ¿Considera que la formación actual es suficiente para abordar adecuadamente la violencia obstétrica? ¿Por qué?
10. ¿Qué estrategias se han implementado desde las comunidades científicas del país para prevenir y erradicar la violencia obstétrica?
10. Desde su experiencia, ¿cuáles son las barreras para implementar estrategias para prevenir y erradicar la violencia obstétrica?

### **Cuestionario para obstetra mujer**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Seudónimo para la investigación:** \_\_\_\_\_

**Procedencia geográfica:** \_\_\_\_\_

**Años de experiencia profesional:** \_\_\_\_\_

**Estudios:** \_\_\_\_\_

**Experiencia laboral:** \_\_\_\_\_

**Número de partos asistidos:** \_\_\_\_\_

**Cargo y función actual:** \_\_\_\_\_

1. Durante la labor de parto y post-parto, ¿qué aspectos prioriza para la atención del paciente?
2. ¿Durante la labor de parto y el post-parto, las pacientes expresan sus deseos y opiniones, pueden preguntar duda, moverse libremente, estar acompañadas y escoger la posición del parto? ¿Por qué?
3. ¿Ha presenciado situaciones en las que se haya minimizado o ignorado el dolor o las preocupaciones expresadas por las pacientes durante el parto? ¿Cómo se abordan estas situaciones?

4. En su experiencia como profesional, ¿qué normas de género y patrones socioculturales prevalentes influyen en las prácticas obstétricas?
5. ¿Cómo su género influye en la relación médico-paciente durante la labor de parto y el postparto?
6. ¿Ha notado alguna diferencia en cómo las pacientes reaccionan o interactúan con usted en comparación con sus colegas masculinos?
7. ¿Cree que su género influye en su enfoque de atención obstétrica, especialmente en términos de empatía y comprensión hacia las experiencias de las pacientes?
8. ¿Cómo maneja situaciones donde los pacientes expresan dolor o preocupaciones relacionadas con el proceso del parto?
9. Durante la atención del parto, ¿existe diferencia en el trato o la atención brindada a las mujeres embarazadas en función de su procedencia socioeconómica o cultural? ¿Cómo se maneja la diversidad de las pacientes para evitar prácticas discriminatorias?
10. ¿Ha recibido formación específica sobre violencia obstétrica durante su educación médica o capacitaciones profesionales? ¿Podría detallar el contenido y la extensión de dicha formación?
11. ¿Qué estrategias se implementan en su servicio para prevenir la violencia obstétrica?
12. ¿Existen protocolos específicos en su lugar de trabajo para abordar o reportar incidentes de violencia obstétrica? ¿Está familiarizado/a con esos protocolos y políticas institucionales?
13. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta para la prevención la violencia obstétrica?
14. ¿Cómo la estructura y organización de su servicio obstétrico podrían modificarse para reducir la incidencia de violencia obstétrica?
15. ¿Qué estrategias recomienda para prevenir la violencia obstétrica en su servicio?

## **Cuestionario para obstetra hombre**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Seudónimo para la investigación:** \_\_\_\_\_

**Procedencia geográfica:** \_\_\_\_\_

**Años de experiencia profesional:** \_\_\_\_\_

**Estudios:** \_\_\_\_\_

**Experiencia laboral:** \_\_\_\_\_

**Número de partos asistidos:** \_\_\_\_\_

**Cargo y función actual:** \_\_\_\_\_

1. Durante la labor de parto y post-parto, ¿qué aspectos prioriza para la atención del paciente?
2. ¿Durante la labor de parto y el post-parto, las pacientes expresan sus deseos y opiniones, pueden preguntar duda, moverse libremente, estar acompañadas y escoger la posición del parto? ¿Por qué?
3. ¿Ha presenciado situaciones en las que se haya minimizado o ignorado el dolor o las preocupaciones expresadas por las pacientes durante el parto? ¿Cómo se abordaron estas situaciones?
4. En su experiencia como profesional, ¿qué normas de género y patrones socioculturales prevalentes influyen en las prácticas obstétricas?
5. ¿Cómo su género influye en la relación médico-paciente durante la labor de parto y el postparto?
6. ¿Ha notado alguna diferencia en cómo las pacientes reaccionan o interactúan con usted en comparación con sus colegas mujeres?
7. ¿Considera que hay aspectos de la atención obstétrica que son percibidos de manera diferente por usted debido a su género?

8. ¿Cómo maneja situaciones donde los pacientes expresan dolor o preocupaciones relacionadas con el proceso del parto?
9. Durante la atención del parto, ¿existe diferencia en el trato o la atención brindada a las mujeres embarazadas en función de su procedencia socioeconómica o cultural? ¿Cómo se maneja la diversidad de las pacientes para evitar prácticas discriminatorias?
10. ¿Ha recibido formación específica sobre violencia obstétrica durante su educación médica o capacitaciones profesionales? ¿Podría detallar el contenido y la extensión de dicha formación?
11. ¿Qué estrategias se implementan en su servicio para prevenir la violencia obstétrica?
12. ¿Existen protocolos específicos en su lugar de trabajo para abordar o reportar incidentes de violencia obstétrica? ¿Está familiarizado/a con esos protocolos y políticas institucionales?
13. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta para la prevención la violencia obstétrica?
14. ¿Cómo la estructura y organización de su servicio obstétrico podrían modificarse para reducir la incidencia de violencia obstétrica?
15. ¿Qué estrategias recomienda para prevenir la violencia obstétrica en su servicio?

**Anexo 2: Consentimiento informado para participación en la investigación “Violencia Obstétrica: papel de los profesionales obstetras en su reproducción y propuestas de intervención”**



**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**FLACSO-ECUADOR**

DEPARTAMENTO DE DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA Y ESTUDIOS DE  
GÉNERO

**CONVOCATORIA**

Especialización en Género, Violencia y Derechos Humanos

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ..... de nacionalidad ecuatoriana identificado con cédula de ciudadanía N<sup>0</sup> ..... certifico que acepto participar de la investigación titulada, Violencia Obstétrica: barreras de género y percepciones de las y los obstetras que es parte del proyecto de titulación de la estudiante ..... que actualmente cursa el programa de Especialización en Género Violencia y Derechos Humanos de FLACSO-Ecuador.

De igual forma afirmo que he sido informado(a) con claridad sobre los objetivos y metas de esta investigación cuyos fines son únicamente académicos, ante los cuales no se concede ningún riesgo por el hecho de participar. También se me ha informado que la investigación se rige por parámetros de anonimato, confidencialidad y privacidad de los datos personales y que la información suministrada por los/as participantes será usada exclusivamente con fines académicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para participar en esta investigación. Además, confirmo que me ha sido entregada una copia de este consentimiento.

Fecha...

Firma de la participante

Número de cédula:

Firma de la investigadora:

Número de cédula.