

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Sociología y Estudios de Género
Convocatoria 2016-2018

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en
Género y Desarrollo

Virus del Papiloma Humano en mujeres: entre discursos y sexualidades

Solange Poleth Rivera Carrillo

Asesora: Sofía Argüello Pazmiño
Lectoras: Soledad Varea y Erika Pérez

Quito, noviembre de 2019

Dedicatoria

A ellas que con sus sonrisas, vivencias, experiencias e historias me acompañaron a luchar y a enfrentar mi realidad.

Tabla de contenidos

Resumen	VII
Agradecimientos	VIII
Introducción.....	1
Capítulo 1.....	4
Control, regulación y sexualidades	4
1.1. Introducción.....	4
1.2. Sexualidad, poder y disciplinamiento.....	4
1.3. Sistema jerárquico de valor sexual y estigmas	6
1.4. Sexualidad y género.....	8
1.5. Sexualidad, experiencias y estilo de vida/riesgo	11
1.6. Sexualidad, cuerpo y feminismo	14
1.7. Los procesos de medicalización como estrategia biopolítica.....	17
1.8. Conclusiones.....	19
Capítulo 2.....	21
Los hospitales como instituciones de disciplinamiento	21
2.1. Introducción.....	21
2.2. Una mirada en el tiempo: desde la Maternidad Isidro Ayora (HGOIA) hasta el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA)	22
2.2.1. Creación de un espacio médico científico: nacimiento de la Maternidad Isidro Ayora.....	22
2.2.2. Maternidad Isidro Ayora: ¿espacio ideal para ratificar a la feminidad como enfermedad y controlar las infecciones de transmisión sexual?	23
2.2.3. Apertura del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA): ¿por qué una nueva maternidad en el sur de Quito?	25
2.2.4 El HGONA: ¿una representación de las madres totalmente entregadas al rol de cuidado?	27
2.3. Descripción espacial del HGONA “Un hospital con corazón”	28
2.3.1. Área gineco-obstétrica: sitio de control de la salud reproductiva de las mujeres ...	32
2.4. Servicio de Colposcopia para mujeres y servicio de Urología para hombres	36
2.4.1. Colposcopia.....	36
2.4.2. Urología	37
2.5. Psicología de enlace: consultorios donde se desea alcanzar un estado de bienestar	39
2.6. Feminización del servicio de Trabajo Social.....	41

2.7. Ingreso al HGONA: sobre la metodología de investigación	43
2.8. Conclusiones.....	44
Capítulo 3.....	46
Discursos médicos, sociales y de salud mental emitidos en el HGONA	46
3.1. Introducción.....	46
3.2. Construcción social de la salud/enfermedad/atención.....	46
3.3. Virus del Papiloma Humano: la situación actual de las mujeres con HPV en Ecuador	50
3.4. ¿Cómo se construyen las mujeres en situación de alto riesgo en el HGONA?	53
3.4.1. ¿Información que produce confusión?.....	55
3.5. Formas de atención y tratamientos: entre Derechos y discursos en torno al HPV	57
3.5.1. Derechos sexuales y reproductivos: ¿un paraguas para la violencia obstétrica?	58
3.5.2. Discursos médicos	61
3.5.3. Discursos desde la salud mental	63
3.6. Conclusiones.....	68
Capítulo 4.....	70
Experiencias de mujeres con HPV	70
4.1. Introducción.....	70
4.2. Estigmatización de las infecciones de transmisión sexual	70
4.3. El miedo a la muerte y sus implicaciones.....	73
4.3.1. HPV: ¿sinónimo de cáncer y muerte?	73
4.4. Proceso de medicalización de la salud: ¿cómo se cuantifica el deseo de tener descendientes luego del diagnóstico de HPV?	75
4.5. Viviendo la sexualidad y la construcción de nuevos cuerpos con HPV	78
4.6. ¿La presencia del HPV influye en el aumento de la violencia de género y en pareja?.	81
4.7. Conclusiones.....	84
Capítulo 5.....	87
Conclusiones	87
Anexos	93
Lista de referencias	94

Ilustraciones

Tablas

Tabla 1. División espacial del HGONA por pisos	30
Tabla 2. División de los consultorios del área de consulta externa.....	31

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Solange Poleth Rivera Carrillo, autor-a de la tesis titulada “Virus del Papiloma Humano en mujeres: entre discursos y sexualidades” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo 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, noviembre de 2019



Solange Poleth Rivera Carrillo

Resumen

Este estudio examina cómo se controlan y regulan los cuerpos de las mujeres que son diagnosticadas con el Virus del Papiloma Humano (HPV), al interior del Hospital de la Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA). En base a la teoría foucaultiana, y las contribuciones de la sociología y el feminismo, describe en términos generales los discursos centrales que emanan de la sexualidad y los cuerpos que presentan el virus. El análisis desde la sexualidad y el género en esta investigación posibilita un acercamiento multidimensional que abarca conceptos como experiencias, estilo de vida/riesgo, así como estigma, violencia de género y en pareja, entre otros.

Para contextualizar y analizar el espacio simbólico y estructural, así como las interacciones y experiencias de las mujeres con HPV en relación con el personal de salud, la investigación parte de la metodología cualitativa. En tal sentido, fue el trabajo etnográfico al interior del hospital uno de los aspectos metodológicos de vital importancia. Se realizaron observaciones participantes –con registros puntuales en el Diario de campo– en el área de Colposcopia, Psicología y Trabajo social, y entrevistas semiestructuradas a mujeres con HPV, y al personal médico presente en cada consultorio. También resultó necesaria la revisión de documentos y fichas médicas para construir este acercamiento al objeto de estudio.

Entre los principales hallazgos se constató el disciplinamiento del que son parte las mujeres con HPV al interior del HGONA y cómo se conjugan discursos e infraestructura para conformar una organización hospitalaria jerárquica, administrativa y política. Virus-cáncer-infertilidad o muerte se interconectan como reiteradas representaciones en la vida de las mujeres diagnosticadas. Al mismo tiempo sobresale la violencia, no solo estructural mediante la medicalización de los cuerpos de las pacientes, sino extendida a las relaciones de pareja.

La investigación también evidencia la construcción de ese saber que gobierna a las mujeres con HPV a través de la verdad que emite el personal médico. Resulta visible el modo en que los saberes ordenan el discurso y cómo se complementan desde las diversas áreas: tratamiento médico, luego el terapéutico, y por último la gestión de trabajo social. Todo ello confluye para que se erija, unido a las construcciones sociales de lo femenino y lo masculino, la sexualidad estigmatizada y docilitada de las pacientes.

Agradecimientos

Gracias Dra. Sofía Argüello Pazmiño, “Profe Sofy” como le digo de cariño, por su sabiduría, enseñanzas y acompañamiento. Usted siempre creyó en mí y ahora el presente trabajo es fruto de nuestro esfuerzo. A las lectoras Soledad Varea y Erika Pérez por sus sugerencias acertadas y aportes.

A las mujeres que formaron parte de esta investigación, un millón de gracias por que con sus historias me regalaron momentos inolvidables y me hicieron más humana, reflexionando sobre cada realidad que cruza nuestros cuerpos.

A mis mujeres, mi familia, a ti Mónica, Gerald, Daysi y Shirley por su comprensión, cariño, apoyo, por enseñarme que un abrazo junto con un te quiero son la conjugación perfecta en momentos de intranquilidad, sin ustedes esto no tendría sentido. Gracias por ser valientes y navegar junto a mí, las amo mucho.

Finalmente, gracias a mis amigas y hermanas sororas por ser intensamente afectuosas y fuertes, por alentarme a continuar y contagiarme de la alegre rebeldía.

Introducción

La inclinación por realizar este proyecto emana de un estudio ejecutado a nivel de pre-grado donde trabajé junto a mujeres que presentaban cáncer de mama. Un día mientras recopilaba información en la sala de quimioterapia y radioterapia del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) en la ciudad de Quito, dialogué con algunas mujeres que convivían con cáncer cérvico uterino (CCU) el mismo que nació por la presencia de algunas de las cepas del Virus del Papiloma Humano (HPV).

La diferencia fundamental entre las mujeres que hacían parte de mi estudio y las que padecían CCU, radicaba en que estas últimas mantenían experiencias de sexualidad distintas y limitantes, se sentían interrogadas todo el tiempo, lo que les ocasionaba vergüenza y dolor. En cada cita debían escuchar recomendaciones insistentes como “controle sus impulsos”, “no tenga sexo con múltiples parejas” y siempre mantenga relaciones sexuales con “protección”, recomendaciones que deberían prolongarse durante un gran tiempo, o “por lo menos mientras se curan” (Sala de Quimioterapia. HCAM. Observación del 23 de enero del 2015).

Todas estas observaciones me llevaron a cuestionarme sobre el peso simbólico que tienen los comentarios, sugerencias, discursos y demás expresiones que el personal de salud tiene en torno a la sexualidad que ejercen las mujeres que poseen HPV, y cómo a su vez estas mismas mujeres formulan sus sentires, re construyen paradigmas y adoptan imaginarios en torno a su sexualidad, solas y junto a sus parejas.

El HPV es un virus de transmisión sexual que se traspa por vía oral, vaginal o anal, existen aproximadamente 100 cepas y algunas de ellas ocasionan lesiones que pueden provocar cáncer, entre ellos el más reconocido el cérvico uterino en mujeres. Cuando el virus se presenta, las mujeres asisten a un hospital y es allí donde las interacciones sociales entre paciente y doctor se desarrollan.

Los hospitales son infraestructuras que representan cuidado estatal y salud, lugares de acogimiento donde se pretende encontrar una “salida” viable a las dolencias, dentro de toda la gama de instituciones que se encargan del tema en nuestra población opte por uno de los hospitales más grandes de la ciudad de Quito, emblemático ubicado al sur y con gran capacidad para atender situaciones realmente complicadas y que otras casas de salud no

podrían solventar, me refiero al Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA) creado en el 2016, es un hospital de tercer nivel, que es edificado para atender la sobredemanda con la que funcionaba la antigua maternidad hoy denominado Hospital Isidro Ayora (HGOIA) y donde antiguamente se trataban los casos de mujeres que portaban HPV.

Por lo tanto, para ser tangible este proceso investigativo y analizando el contexto que viven las mujeres que tienen HPV al interior de esta casa de salud, la presente investigación responde a la siguiente interrogante ¿cómo se controlan y regulan los cuerpos de las mujeres con HPV que asisten al área de Colposcopia del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA) a través de los discursos médicos, sociales y de salud mental de esta institución?

Marco teórico

La investigación nace desde una visión foucaultiana, junto a las contribuciones de sociólogos y feministas, se detallan los discursos centrales de la sexualidad y de los cuerpos. A partir de estos dos ejes se derivan los siguientes ítems sexualidad y género, sexualidad, experiencias y estilo de vida/riesgo y, por último, sexualidad, cuerpo y feminismo.

La sexualidad es un puntal importante, visibilizando cómo las dinámicas de poder se legitiman a través de las grandes infraestructuras donde se contiene el saber. Para entender el aparataje de lo normal versus lo anormal dentro de todo este entramado de interacciones la categoría del sistema jerárquico del valor sexual formulado por Rubin (1989) subraya que el sistema opaca la emocionalidad de las mujeres entrevistadas que poseen HPV estigmatizándolas, controlándolas y exponiendo su salud sexual y reproductiva.

Es este mismo sistema que se sostiene bajo una segunda categoría, el concepto de “estilo de vida” (Menéndez 1998) y con este el de “riesgo” que en el ámbito de la salud se sitúa con la “libertad” de “elección” donde se promueve el control político como la medicalización y la psiquiatrización, disciplinando las decisiones principalmente de las mujeres (Menéndez 1998).

El disciplinamiento es corporal y en este sentido, Butler ([1999] 2007) profundiza en la construcción del cuerpo, donde este simbólicamente es el “territorio” intersectándose lo

biológico y lo orgánico desembocando en lo social. Los cuerpos de las mujeres transmiten en la diversidad de lenguajes y expresiones múltiples historias, para plasmarlas use la categoría de “experiencia” expuesta por Scott ([1992] 2001) con la finalidad de identificar las identidades y las reflexiones que se desarrollaron luego del diagnóstico del HPV.

Propuesta metodológica

La presente corresponde a una pesquisa cualitativa, las técnicas empleadas son etnográficas como entrevistas semiestructuradas y observación participante. Las entrevistas fueron aplicadas a 20 mujeres que tienen el Virus del Papiloma Humano (HPV), las que pertenecen a estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo, viven al sur de Quito y en cantones aledaños. La observación participante se aplicó en el área de Ginecología, Colposcopia, Psicología de enlace y Trabajo Social del HGONA.

Previamente, se realizó un proceso de investigación principalmente estadística y evaluación de la remisión de casos a esta casa de salud desde los otros niveles, formulando un panorama claro sobre los tipos de discursos que probablemente se desarrollarían en el Hospital de la Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA).

Estructura temática

La investigación se ha dividido en cinco capítulos. En el capítulo 1 se establecen las categorías y fundamentos teóricos explicados en detalle; en el capítulo 2 se contextualiza desde una mirada foucaultiana acerca de lo que simboliza espacialmente esta nueva maternidad, reconociendo el origen de la ex maternidad Hospital Isidro Ayora (HGOIA). El capítulo 3 analiza cómo surgen los discursos que controlan y regulan los cuerpos de las mujeres que poseen HPV, las similitudes y diferencias en estas prácticas. En el capítulo 4 se plasma lo etnográfico y la imbricación teórica de la construcción del cuerpo, la sexualidad y las relaciones sentimentales violentas junto con el peso de la estigmatización de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Por último, el capítulo 5 expone las conclusiones de la investigación.

Capítulo 1

Control, regulación y sexualidades

1.1. Introducción

Lo esencial es la multiplicación de discursos sobre el sexo en el campo de ejercicio del poder mismo: incitación institucional a hablar del sexo, y cada vez más, obstinación de las instancias del poder en oír hablar del sexo y en hacerlo hablar acerca del modo de la articulación explícita y el detalle infinitamente acumulado (Foucault [1977] 2007, 25).

La presente investigación analiza cómo se controlan y regulan los cuerpos de las mujeres que presentan el Virus del Papiloma Humano, al interior del Hospital de la Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA). Desde una aproximación a la teoría foucaultiana, junto a las contribuciones de sociólogos y feministas, busco describir en términos generales los discursos centrales de la sexualidad y de los cuerpos. A partir de estos dos ejes fundamentalmente condenso el análisis en los ítems sexualidad y género, sexualidad, experiencias y estilo de vida/riesgo y, por último, sexualidad, cuerpo y feminismo.

1.2. Sexualidad, poder y disciplinamiento

Foucault ([1977] 2007), interpreta a la sexualidad desde el poder, señalando que el sexo y sus efectos no son tan factibles de descifrar, pero su represión sí es fácilmente analizable. No se refiere a que el sexo haya sido ignorado desde la edad clásica, o que la prohibición del sexo sea un engaño; todo lo opuesto, observa:

(...) que desde el fin del siglo XVI la “puesta en discurso”¹ del sexo, muy lejos de sufrir un proceso de restricción, ha estado sometida a un mecanismo de incitación creciente, que las técnicas de poder ejercidas sobre el sexo no han obedecido a un principio de selección rigurosa, sino (...) a la diseminación e implantación de sexualidades polimorfos, y que la voluntad de saber no se ha detenido (...) sino que se ha encarnizado (...) [mediante múltiples errores] en constituir una ciencia de la sexualidad (Foucault [1977] 2007, 20).

Para Weeks (1998) la sexualidad y su reglamentación se sostiene con algunas variaciones según la época en la que se encuentre la humanidad y la importancia de la religión.

¹ Las comillas son del autor.

Uno de los cambios más notables en el último siglo; es que los diferentes representantes de las congregaciones se han apartado de la ética, la moral y las normas y han cedido este poder a un modelo más laico a través de la Medicina, la Psicología y el Trabajo Social lo que ha desarrollado una nueva construcción social de la sexualidad que depende de la intención de sus autores (Weeks 1998, 34).

Entonces, la sexualidad se configura por fuerzas sociales, es susceptible a la organización, y solo existe a través de la variedad de formas sociales, cambiando de una sociedad a otra las representaciones eróticas y sensuales de los cuerpos. La propia Weeks (1998) afirma que no es necesario ocultar el valor social y científico de saberes como la “Biología y la Morfología del cuerpo”, pero la información que se genera a través de estos conocimientos solo transforma y potencia su significado por medio de las relaciones sociales, donde es indispensable “hablar del sexo y la sociedad como campos que coexisten, por lo tanto, la sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humana” (Weeks 1998, 34).

Weeks (1998) expresa que los asuntos de la sexualidad son muy importantes dentro del funcionamiento del poder en la sociedad, el poder no aparece como entidad singular sino todo lo contrario, es una fuerza maleable, es un mecanismo complejo que produce subordinación y dominación. “Este mecanismo mantiene a flote tres ejes fundamentales, la clase, el género y la raza” (Weeks 1998, 42). Por medio de estas categorías se observan las desigualdades, la falta de oportunidades, la discriminación por género y el racismo al que estamos expuestos todos y todas.

En particular, la Medicina y la Psicología son espacios de saber/poder. Foucault (1985) expresa que el saber desde una comprensión de “normalidad”, procura que el cuerpo sea socialmente ordenado y disciplinado, por lo tanto, los cuerpos son el resultado de las huellas de la historia.

Resaltaré únicamente que, en nuestros días, las regiones en las que la malla está más apretada, en la que se multiplican los compartimentos negros, son las regiones de la sexualidad y las de la política: como si el discurso, lejos de ser ese elemento transparente o neutro en el que la sexualidad se desarma y la política se pacifica fuese más bien uno de esos lugares en que se ejercen, de manera privilegiada, algunos de sus más temibles poderes (Foucault [1970] 1992, 5-6).

Para Foucault y Weeks, la sexualidad no es considerada una temática que deba disimularse. Weeks (1998) expresa que desde el siglo XIX existe una fuerte obsesión respecto de los asuntos sexuales. Y a esto Foucault ([1970] 1992) añade que el discurso va de la mano del deseo, y genera así una hipótesis, “¿qué hay de peligroso en el hecho de que las personas hablen y de que sus discursos proliferen indefinidamente? ¿En dónde está el peligro?” (5), como respuesta el autor subraya: “Yo supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros” (Foucault [1970] 1992, 5).

En este apartado tomaré el lineamiento foucaultiano acerca de la sexualidad, el poder y el disciplinamiento como tres categorías analíticas que nos permitirán develar los mecanismos discursivos por los cuales los cuerpos son sometidos a la singularización, vigilancia y clasificación desde los medios hospitalarios. La variedad de discursos que intentan llegar a la verdad es usada para controlar a los individuos, por ejemplo, las prácticas que giran en torno al sexo son enunciadas por disciplinas científicas que establecen lo que es aceptable y lo que no, desde una posición de autoridad (Foucault en Elliot 2009, 193).

Por una parte, estos medios hospitalarios son la representación espacial del disciplinamiento ya que allí estas prácticas son probadas las veces que sean necesarias ante los ojos de quienes anhelan la “cura”. Por otra, las fichas médicas, los procesos de medicalización, los informes psicológicos, los datos estadísticos y los exámenes, son técnicas que no solo invaden la vida privada de los seres humanos, controlándolos, sino que irrumpen en sus cuerpos, y experimentan con ellos, sin tomar en consideración las posibles consecuencias físicas, psicológicas y en torno a su sexualidad que puedan generar.

1.3. Sistema jerárquico de valor sexual y estigmas

La sexualidad presenta su propia política interna, con desigualdades y formas específicas de opresión (...) el sexo es siempre político, pero hay períodos históricos en los que la sexualidad es más intensamente contestada y más abiertamente politizada. En tales períodos, el dominio de la vida erótica es renegociado (Rubin 1989, 2).

Rubin (1989) subraya que en occidente “la construcción social de la sexualidad”, describe al sexo generalmente como peligroso y destructivo connotando lo pecaminoso desde la aproximación del cristianismo. El sexo se relaciona con lo biológico, y por tanto su importancia se relaciona con el plano de la reproducción; a la mente se atribuye el control de lo impulsivo que se puede tornar el cuerpo ante el placer y el deseo (Rubin 1989, 16-17). Todas las conductas eróticas son calificadas como ‘malas’, a menos que existan razones que las salven y las contengan dentro de una lógica como la del matrimonio, la reproducción y el amor, razones estimadas suficientes para que el sexo no se considere negativo.

“Las sociedades occidentales modernas evalúan los actos sexuales según un sistema jerárquico de valor sexual” (Rubin 1989, 18). Este sistema se plasma en una pirámide con varios segmentos: el segmento que ocupa el lugar más alto encarna a los “heterosexuales reproductores casados”, hombres y mujeres que cumplen con varios de los mandatos sociales, como el haber firmado el contrato de matrimonio, tener hijos e hijas; en esta posición su sexualidad es calificada como “normal”. Hay que recalcar que las personas que se hallan en tal posición disfrutan de reconocimientos sociales en el área de la salud mental, física y reproductiva como entes de derechos, validados institucionalmente por el Estado y con beneficios materiales (Rubin 1989, 18).

A medida que descendemos en la escala de conductas sexuales, los individuos que practican una sexualidad “anormal” se ven sujetos a la presunción de enfermedades físicas, mentales y presencia de Infecciones de Transmisión Sexual, con ausencia de respetabilidad, criminalidad, restricciones a su movilidad física y social, pérdida del apoyo institucional y sanciones económicas” (Rubin 1989, 19).

La sexualidad constituye un componente notable en la vida de los seres humanos, por tanto, las personas que no calzan en este modelo sufren estigmas por sus comportamientos sexuales, y adheridos en las tradiciones religiosas occidentales. Todo lo que no sea heteronormado, heterosexual y legitimado por saberes como la Medicina, el Psicoanálisis y la Psiquiatría, es catalogado como aberrante y ‘malo’.

Estas ciencias se encargaron de multiplicar las categorías de conductas sexuales erróneas, afianzando su poder de conocimiento a través de instituciones rectoras y con alto carácter académico. Una muestra de ello es la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA)

quienes explícitamente y mediante una función pedagógica, tipificaron las conductas sexuales y la variedad erótica como insana y peligrosa; tales conductas fueron y son tachadas de enfermedades mentales asociadas a defectos de la personalidad (Rubin 1989).

De acuerdo con Goffman ([1963] 2006), el estigma dentro de las interacciones sociales y cotidianas explica las características negativas que incluso podrían definir la personalidad de un ser humano; estas se convierten en verdades irrefutables según el contexto de salud sexual que presente la persona. La categoría estigma sumada al sistema jerárquico del valor sexual (Rubin 1989) permite analizar cómo se formula la ‘frontera’ que separa a lo ‘mejor’ de lo ‘peor’, debido a que las conductas sexuales tienden a definirse en dos apartados: ‘lo bueno’ y ‘lo malo’. En este caso el “sexo peligroso” sufre “enjuiciamientos sexuales” y repulsión por parte de los y las profesionales que emiten prácticas normadas.

El “sistema jerárquico de valor sexual” (Rubin 1989) se asimila a los sistemas ideológicos del racismo donde la diversidad es considerada la “chusma” sexual. Por tanto, el sexo ‘malo’ se percibe como antinatural, dañino, pecaminoso y extravagante mientras que el sexo ‘bueno’ es el normal, natural, saludable y sagrado, creando “una frontera imaginaria entre el sexo bueno y malo” (Rubin 1989, 21).

Esta serie de discursos, el aparataje político y las leyes, siguen amparándose en estos ideales, con la pretensión de sancionar a los seres humanos que buscan desarrollarse en una vida y sexualidad íntegra y libre de violencia. Aunque la libertad suene utópica, la meta es vivir en las mismas condiciones y con las mismas oportunidades que los “normales heterosexuales reproductores casados” ante la ley y el Estado (Rubin 1989, 18).

1.4. Sexualidad y género

En esta sección se imbrican los planteamientos de Rubin, Foucault y Butler para examinar cómo la Antropología del Género, desde un enfoque especializado, analiza la necesidad urgente de construir nuevas identidades genéricas y componentes del género que se desenvuelvan en prácticas sexuales no normativas. Adoptando una definición de género, desde lo multidimensional y relacional, comprendo el género como una categoría analítica abstracta que refleja dos rupturas conceptuales fundamentales: la ruptura con la dualidad sexual y la ruptura con la heteronormatividad (Martín Casares 2008, 68).

El sistema jerárquico de valor sexual descrito por Rubin (1989) pudo evidenciarse gracias al análisis de los discursos y prácticas que entidades catalogadas con saber irrefutable manejaban alrededor de la temática. De ahí que, desde los años 80, la sexualidad comenzó a ser descrita como una construcción social (Weeks en Martín Casares 2008, 62).

Dentro de la Antropología del Género los planteamientos postestructuralistas de Foucault sobre el papel del lenguaje se consolidaron. Los discursos en torno a las identidades sexuales y en relación con la distribución del “poder” y el “saber” entre los seres humanos, marcaron indudablemente, diferencias en el dominio del erotismo, la sensualidad y las “actividades sexuales”. Foucault (1969) subrayó la existencia de discursos socialmente normativos, encargados de transmitir la “verdad” que le proporciona a cierto grupo un estatus superior en el manejo del pensamiento (Foucault en Martín Casares 2008).

Rubin (1989) señala las diferencias entre sexualidad “buena” y “mala”. Foucault, en una línea un tanto parecida, manifiesta que estos discursos patentan las “categorías de identidad ligadas a lo “normal” y “anormal”, alertando sobre lo que se considera “natural” y lo que es “verdadero” en el imaginario y en el discurso colectivo en relación con la sexualidad y el sexo” (Foucault en Martín Casares 2008, 63).

Lo ‘bueno y malo’, lo ‘normal y anormal’ y todas las categorías que fueron creadas por la ciencia atraviesan los cuerpos de los seres humanos. Para Butler (2002) se desarrollan en el régimen de la heterosexualidad que busca la “materialidad” del sexo, a través de las normas reguladoras que son –en parte– las de la hegemonía heterosexual, donde los cuerpos abyectos no se consolidan como “cuerpos” debido a que, si la materialidad del cuerpo está delimitada en los discursos, como efecto el “sexo” será excluido (Butler 2002).

La categoría de género ligada al discurso heteronormativo no da cuenta de otras prácticas sexuales, sino que las reconstruye como fruto de ese mismo discurso. En tal sentido se considera imprescindible la construcción de nuevas identidades que rompan los códigos de la matriz (Butler en Martín Casares 2008) y permitan analizar todo lo heteronormativo desde el potencial que contiene la propia categoría de género.

La formación de los sujetos que describe Butler se desarrolla a través del saber/poder de los múltiples discursos. Foucault ([1985] 2007) menciona que el punto de vista médico no

reconoce dos sexos entremezclados, ni evalúa la prevalencia del uno sobre el otro, en lo que se enfoca la medicina es en descifrar el proceso de ocultamiento por el que transita el “sexo verdadero”. El poder supone la otra cara del saber y la verdad, y el saber no está al alcance de todos y todas, sino al alcance de una minoría: los y las elegidas. Quien tiene el poder impone su saber, un saber que indudablemente legitima el ejercicio del poder, por tanto: el poder y el saber se edifican mutuamente.

Los sujetos son controlados, domesticados, y docilitados, desde discursos y saberes que el poder produce en la sociedad normalizadora y que se constituyen a través de la verdad. Foucault ([1982] 2001) desarrolla cuatro elementos para explicar este proceso: el primero es saber cómo se gobiernan a los hombres y mujeres por medio de la producción de la verdad donde la práctica de lo verdadero y de lo falso es a la vez regulada. El segundo se centra en estudiar cómo ciertos sistemas de prácticas se engranan con la racionalización; el autor especifica que no se debe tomar a la racionalización como un todo, sino analizar este fenómeno en diversos campos, por ejemplo: la locura, la sexualidad, y la enfermedad.

El tercer elemento analiza cómo los regímenes producen formas de resistencia; por último, el cuarto elemento, se refiere a reinscribir el régimen de producción de lo verdadero y de lo falso, y observar cómo las relaciones de poder engendran cierto tipo de verdad y cómo también ciertas acciones de resistencia cuestionan esa verdad y ofrecen verdades alternativas. El autor concluye que este proceso no se trata de cambiar la “conciencia” de los sujetos, sino el régimen institucional de la producción de la verdad (Foucault en Dreyfus y Rabinow [1982] 2001).

Para estos autores las personas se moldean no solo a través del observar las representaciones culturales de los otros, sino también interiorizando los discursos y prácticas, imitando y repitiendo estereotipos mediante procesos de vigilancia aplicados sobre los cuerpos, y por ende en el desarrollo de la sexualidad de los seres humanos, dicho de otro modo: las personas son construidas a través del poder y el ideal del binarismo. Para hacer frente a esta línea biologicista, la perspectiva de género en Antropología insiste:

En primer lugar, las investigaciones antropológicas han demostrado que existen sociedades que reconocen más de dos sexos y, por tanto, más de dos géneros; es decir, que las culturas construyen los sistemas sexo/género de diferentes formas y que no siempre dividen a la

humanidad en hombres y mujeres (Nanda 2000; Murray y Roscoe 2001 cit. en Martín Casares 2008, 67).

En la primera ruptura, “los estudios sobre sexualidad plantean que el sexo también se construye socialmente y la etnografía argumenta que existen otras nociones al margen de hombre y mujer en diferentes culturas” (Martín Casares 2008, 68), ello conduce a una redefinición del género cuya base serán las “diversas percepciones socio-sexuales propias de cada sociedad” (Martín Casares 2008, 68) en lugar del sexo biológico. En la segunda ruptura,

(...) el surgimiento de discursos que denuncian que el género invisibiliza las prácticas y orientaciones sexuales al margen de la heteronormatividad obliga a un replanteamiento de las teorías cuya meta es tener en cuenta cómo afectan las sexualidades no normativas a la construcción del género (Martín Casares 2008, 69).

1.5. Sexualidad, experiencias y estilo de vida/riesgo

La sexualidad se encuentra alineada con una serie de experiencias que tienen que ver con el estilo de vida que llevan las personas versus los riesgos que han tomado en cuanto a las decisiones sobre su salud. De ahí que estas tres categorías analíticas permiten ahondar desde qué parámetro se emiten los discursos médicos, sociales y de salud mental hacia las personas que sienten, viven y temen, seres humanos cuya vida transita en las instituciones de poder como lo son los medios hospitalarios.

“Estilo de vida, es un término que proviene de corrientes como el marxismo, el psicoanálisis y el comprensivismo weberiano” (Coreil cit. en Menéndez 1998, 48). La meta fue crear un concepto con perspectiva holística limitándola a varias conductas de riesgo según sea el caso (Menéndez 1998). Inicialmente este término fue elegido por las ciencias sociohistóricas y aplicado en el análisis de comportamientos socioculturales de las diversas clases sociales.

Por su lado, la Biomedicina, lo utilizó para describir rasgos específicos ligados a enfermedades crónicas y en lo posterior fue acuñado en las múltiples violencias y adicciones. El “estilo de vida” se asume como un efecto del modo de producción en el que nos desarrollamos y la exposición a la globalización. Esta afirmación enfatiza que los servicios de salud pública no tienen mayor incidencia en estas modificaciones (Menéndez 1998).

Una de las posturas sobre el riesgo explica que “las condiciones económico-políticas actuales” han generado que este aumente drásticamente, por lo que los estilos son más riesgosos; la sociedad moderna mantiene al individuo con riesgos adicionales, elegidos por organizaciones públicas o privadas que se manejan intersectorialmente. De igual modo, el poder que se genera a nivel gubernamental influye en la toma de decisiones del individuo (Oden en Menéndez 1998). Una segunda postura expresa que, desde la perspectiva de la Biomedicina, el riesgo es casi exclusivamente responsabilidad del sujeto otorgando la mínima responsabilidad a la producción empresarial de enfermedades y a las condiciones estructurales (Menéndez 1998).

Acompañados del concepto de “riesgo”, aparecen los saberes populares y los saberes profesionales en cuanto a la prevención de las infecciones y malestares que atacan usualmente a la sociedad. Sin embargo, el giro dialéctico que se gesta a nivel de los discursos médicos, destaca que las poblaciones no solo generan saberes para enfermedades tradicionales, también lo hacen para todo aquello que resulte intimidante o amenazante (Menéndez 1998).

Generalmente los criterios preventivos son socioculturales, es decir, los grupos sociales se encargan de producir discursos y prácticas de prevención más allá del acierto o error. Pero al adoptar medidas de prevención se debe analizar la posibilidad de que estas se controlen políticamente, con prioridad para los procesos de medicalización y psiquiatrización, y de forma integral a todos los aparatos médicos sanitarios (Menéndez 1998).

El conocimiento se desarrolla a través de uno de los sentidos más importantes como es la visión. Entonces “la visión es una percepción directa de un mundo de objetos transparentes, ver es el origen del saber” (...), y escribir se formula como una acción que se desarrolla a través de “la reproducción, la transmisión y la comunicación del conocimiento obtenido mediante la experiencia” (Scott [1992] 2001, 46).

Cabe señalar que, para la autora, la evidencia es en sí la “experiencia”, su acreditación y rigurosidad se ve aún más fortalecidas, por lo tanto, la autora se pregunta “¿qué podría ser más verdadero, después de todo, que el relato propio de un sujeto de lo que él o ella ha vivido?” (Scott [1992] 2001, 47). Este cuestionamiento simboliza el eje central en el cual gira la aseveración de que aquellas experiencias que están siendo documentadas representan a las identidades de las personas que tienen voz pero no han sido escuchadas.

Cuando el origen del conocimiento es la experiencia, la individualidad de la visión, se transforma en una base sólida donde se construyen las explicaciones, al mismo tiempo, es un hecho de la diferencia, donde opera el cómo las personas construyen sus mundos y actúan en él (Scott [1992] 2001). Esta autora recalca que, en el momento de revelación de las experiencias, quedan descubiertos las categorías de representación, el machismo, sexismo, racismo, homofobia y violencias, instancias normalizadas en la sociedad, que al ser percibidos como desigualdades, los seres humanos expresan una forma de resistencia y cuestionan el actuar de las personas y de sí mismos.

Scott ([1992] 2001) toma algunas conceptualizaciones para explicar el desarrollo de la experiencia, por ejemplo, subraya a dos autores que analizan desde diferentes aristas a la experiencia, inicia con De Laurentis, quien explica que lo importante radica en dirigir nuestros sentidos y análisis a (...)

Los procesos históricos que, a través del discurso, posicionan a los sujetos y producen sus experiencias. No son los individuos los que tienen la experiencia, sino los sujetos los que son constituidos por medio de la experiencia. En esta definición la experiencia se convierte entonces no en el origen de nuestra explicación (De Laurentis en Scott [1992] 2001, 53).

Collingwood señala, es un axioma que la experiencia sea una fuente confiable de conocimiento porque se apoya en el contacto directo entre la percepción del historiador y la realidad (incluso si el paso del tiempo hace necesario que el historiador reviva imaginativamente eventos del pasado) (Collingwood en Scott [1992] 2001, 55).

Para este autor, las personas son dueñas de sus pensamientos, pero no basta con ello, la autonomía al contar la experiencia, no mantiene gran relevancia si no se ajusta a una base de originalidad. Las nociones de experiencia están atadas a la identidad, lo que no siempre resulta complaciente para algunos autores, ya que se puede construir una nueva identidad con base en nuevas experiencias. Los sujetos son construidos discursivamente, pero también desarrollan agencia (Scott [1992] 2001).

Si el lenguaje constituye una herramienta tan importante en el proceso de la experiencia, surge una interrogante para los y las etnógrafas, ¿cómo analizar el lenguaje?, la respuesta a esta pregunta también la presenta Scott ([1992] 2001) subrayando que “no se asume una

correspondencia directa entre las palabras y las cosas, ni se confina a significados únicos, ni se busca la resolución de la contradicción”. Analizar el lenguaje no representa algo básico, tampoco es un proceso lineal, ni pretende que la explicación se ajuste a variables únicas. Presentar un estatus al hablar de las experiencias conduce a la proliferación de discursos diversos con tintes políticos y culturales.

1.6. Sexualidad, cuerpo y feminismo

En la actualidad, el cuerpo está sujeto a fuerzas sociales de una índole bastante distinta al modo en que se experimenta en las comunidades tradicionales. Por una parte, los discursos contemporáneos sobre la salud y la imagen vinculan al cuerpo y a la identidad y sirven para promover ciertas prácticas de cuidados corporales típicas de la sociedad contemporánea. Por otra parte, el cuerpo se ve fragmentado por los avances de la ciencia y de la tecnología y la creciente ‘socialización de la naturaleza y de la reproducción’ (Martínez Barreiro 2004, 148).

Para Foucault ([1975] 2002), el cuerpo humano es el centro de todos los escenarios posibles, debido a que las disciplinas que emergen de forma continua con la modernidad se enfocan en la actuación de los cuerpos no tan solo individuales sino también en los cuerpos de las poblaciones. Ello llevó a este autor a diferenciar “la construcción de una micropolítica de regulación del cuerpo y una macropolítica de vigilancia de las poblaciones”, conceptos explicitados en su obra “Vigilar y Castigar” ([1975] 2002). Al estar el cuerpo inmerso en el campo político, es forzado a participar en rituales y signos, todas estas aseveraciones son parte de la construcción de los “cuerpos de los condenados” (Foucault en Martínez Barreiro 2004).

El autor, al referirse a los “cuerpos dóciles” enuncia que este tipo corresponde al cuerpo que está siendo disciplinado, moldeado por las instituciones médicas donde se formula la “microfísica del poder”. Durante el siglo XX, Foucault subraya que “el poder mantiene un nuevo tipo de dominación que se fundamenta en una legitimidad de carácter técnico-científico o legitimidad en relación con el poder médico y la medicalización” (Foucault cit. en Martínez Barreiro 2004, 133).

La corporalidad se establece como “un instrumento de expresión de la propia personalidad”, es útil para tomar contacto con el medio externo, y es ahí donde nace el proceso de

comparación con otros cuerpos y objetos, por lo tanto el esquema corporal presenta “al cuerpo objeto, es decir, la representación aislada” que los seres humanos efectúan de su propio cuerpo, y el “cuerpo vivido, que se refiere a la forma en que cada corporalidad se manifiesta en las relaciones humanas y en la socialización” (Martínez Barreiro 2004, 135).

En la misma línea, Butler ([1999] 2007) profundiza en la construcción del cuerpo y la sexualidad al manifestar que las identidades se formulan, construyen y nacen en los cuerpos de las personas. No puede entenderse a priori que el binarismo implantado desde la corriente biológica genera una “verdad” irrefutable, todo lo contrario: el cuerpo simbólicamente es el “territorio” que atraviesa la cuestión orgánica y biológica para expresarse en lo social.

El espacio es la otra dimensión de la experiencia del cuerpo y de la identidad. El espacio constituye una situación externa para las personas, en cuanto impone reglas y normas particulares sobre ellos, por ejemplo, los espacios públicos como los hospitales, las salas de espera, funcionan con normas distintas y determinan cómo hemos de presentarnos y cómo hemos de interactuar con los demás. El espacio se transmuta experiencialmente según la hora del día, por tanto, el espacio es social y sensorial (Martínez Barreiro 2004, 135).

Resulta sustancial comprender que las mujeres experimentan de formas distintas los espacios públicos en comparación con los hombres. Debido a la reproducción del orden patriarcal que nos rige como sociedad, las mujeres viven todos los días transgresiones a su realidad, cuestión que nos compete analizar a todos y todas.

Los hombres perciben los cuerpos de las mujeres como objetos a los “cuales se ha de mirar”; por lo que las mujeres suelen identificarse más con el cuerpo que los hombres, desarrollar una mayor conciencia corporal de ellas mismas permite evidenciar los procesos violentos por los que transitan, a diferencia con el ser corpóreo de los hombres, cuya identidad no está tan situada en el cuerpo (Tseelson en Martínez Barreiro 2004, 136).

La medicina trata de forma particular a “cada uno de los órganos del cuerpo humano, y apostó por el cuerpo en general”, pero no por cualquier cuerpo, sino netamente por el cuerpo enfermo. ¿Cómo lleva a cabo esta apuesta?, pues a través del afinamiento del diagnóstico, la medicalización, los recursos y los medios terapéuticos cada vez más tecnificados; estos elementos constituyen los modos de acercamiento de esta ciencia y de esa manera “el cuerpo humano es construido como objeto de un extremo desmenuzamiento” (Le Breton 1994, 201).

Al otorgarle al cuerpo el significado de máquina, la medicina se convierte en “la ciencia de las averías”, donde se instrumentaliza al cuerpo y se despersonaliza la enfermedad con la finalidad de devolverle la “salud” a la gente (Le Breton 1994). De acuerdo con el discurso médico, en presencia de la enfermedad, esta “máquina maravillosa” pasa rápidamente a un estado de fragilidad por la falta de cuidado, el envejecimiento, las lesiones irreversibles, todo esto sumado a los millones de virus y bacterias que circulan libremente en el aire que respiramos, nos conducen al dolor y a la muerte, procesos que son observados como el precio a pagar por la perfección relativa del cuerpo.

Surge tal admiración por el saber médico, que quien enferma, se entrega de forma pasiva en manos del doctor/a, a esperar a que el tratamiento recibido haga su efecto (Le Breton 1994). Las recomendaciones proporcionadas son claras: se le pide ser “paciente”, es decir, pasivo/a y dócil, confiar en el mecánico/a que le trata y no ser un hombre o mujer activa en la comprensión de su patología y en el proceso de la curación, por lo tanto, los y las dueñas de esos cuerpos se encuentran concretamente ausentes durante el tiempo de la enfermedad (Le Breton 1994).

Donna Haraway (1984), desde el punto de vista feminista y como respuesta a este sosiego propio de quien ocupa la posición de paciente y es absorbido por los discursos y prácticas científicas y estatales, –sobre todo en los medios hospitalarios– observa:

Los movimientos internacionales feministas han construido las ‘experiencias de las mujeres’ y, asimismo, han destapado o descubierto este objeto colectivo crucial. Tal experiencia es una ficción y un hecho político de gran importancia. La liberación se basa en la construcción de la conciencia, de la comprensión imaginativa de la opresión y, también, de lo posible. El ciborg es materia de ficción y experiencia viva que cambia lo que importa como experiencia de las mujeres a finales de este siglo (Haraway 1984, 2).

La situación por la que atravesamos hoy en día las mujeres, en un sistema de producción/reproducción, es la de la integración/explotación donde no solo el hogar sino también el cuerpo son elementos dispersados y conectados de manera polimorfa. Una de las estrategias “para reconstruir las políticas feministas socialistas” es por medio de la construcción del *ciborg*, una especie postmoderna, colectiva, y desmontada que retoma las herramientas de la Biotecnología con la finalidad de generar nuevas utilidades a nuestros

cuerpos. Los discursos científicos pueden ser potencializados “como instrumentos para poner significados en vigor, sin olvidar la búsqueda incansable de un lenguaje común en el que toda resistencia a un control instrumental desaparece y toda heterogeneidad puede ser invertida o intercambiada” (Haraway 1984, 19).

En opinión de esta autora resultan necesarias las múltiples renegociaciones entre el sistema de salud pública y la sociedad, en cuanto a “las metáforas que canalizan la experiencia personal del cuerpo, sobre todo en relación con la reproducción”. Las intensificaciones de “las políticas reproductivas en respuesta a las implicaciones femeninas históricas del mundo del control potencial” y en coherencia con la reproducción deben asumir las consecuencias que ha traído consigo la fabricación de enfermedades, la patologización y el manejo de discursos que atropellan y perjudican a todas las personas (Haraway 1984, 28).

1.7. Los procesos de medicalización como estrategia biopolítica

El término medicalización apareció en el ámbito de la sociología por primera vez en 1968 en un capítulo elaborado por Jesse Pitts. Los trabajos sociológicos sobre la medicalización llevados a cabo en la década de los 1970 y principios de los 1980 compartían una concepción negativa de este proceso, criticando las pretensiones universalistas e imperialistas de la medicina, y fue el enfoque reduccionista relacionado con esos postulados, así como el privilegio que otorga al estudio y al tratamiento de la sintomatología localizada en el individuo en detrimento de los factores sociales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad(...). Por lo tanto, se concluye, que la institución médica y los médicos aparecen como omnipresentes y omnipoderosos y la medicalización como un proceso de crecimiento ilimitado, inevitable e irreversible (Davis en Murguía, Ordorika y Lendo 2016, 638).

Desde una mirada marxista, la institución médica constituye el proceso de propulsión del capitalismo, donde la práctica médica representa una clave de dominación (Navarro, Waitzkin en Murguía, Ordorika y Lendo 2016). La medicalización trata de presentarse como beneficiosa al cumplir con el objetivo de mostrar los problemas que nacen en la sociedad y por ende producen desigualdades como patologías individuales. Por lo que, el medio de producción del que somos parte, se aprovecha de esta situación y genera a corto, mediano y largo plazo soluciones individuales en lugar de centrar su atención en la transformación de las políticas públicas (Murguía, Ordorika y Lendo 2016).

En América Latina los diversos estudios sobre la medicalización toman como teoría base a los enunciados de Foucault, es decir, “la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno”. Los países que forman parte de esta región asumen este proceso como una herramienta que imbrica al cuerpo y la mente de las personas, construidas a través de imposiciones formales e informales, a fin de “ordenar la vida colectiva de las naciones” (Murguía, Ordorika y Lendo 2016, 641).

Una de las formas que permitió la extensión de este proceso en América Latina fue el desprestigio de los modelos alternativos para batallar contra las dolencias. El poder que se maneja a través de la medicalización implantó una “verdad” en estos Estados, esta verdad daba cuenta de que la única entidad rectora para hacer frente a las enfermedades era el Sistema de Salud Pública, en esta institución se desempeñan laboralmente gente capacitada, con un cúmulo de saberes importantes y “científicos”, conocimientos para nada empíricos, ni experienciales, que mediante exámenes y certificados por carreras a fines son aprobados por el Estado (Murguía, Ordorika y Lendo 2016).

La Medicina poco a poco presentó beneficios y riesgos, se consolidó como un instrumento de normalización, control y un derecho legítimo para la constitución de una ciudadanía (Stolkiner citado en Murguía, Ordorika y Lendo 2016). Los riesgos y consecuencias que los seres humanos atraviesan en esta región, están relacionado con el acceso limitado a medicamentos básicos por parte de las clases sociales más desfavorecidas, y por otro lado la presencia continua de la automedicación y por lo tanto sobreuso de fármacos, instancias observadas en poblaciones de clase alta, quienes replican el sistema Capital de consumo de Estados Unidos (Alcántara en Murguía, Ordorika y Lendo 2016).

En la actualidad, los objetivos de la Medicina se han modificado, en torno a la transformación de las percepciones conceptuales “pasamos del binomio enfermedad/curación al malestar/calidad de vida” (Arizaga en Murguía, Ordorika y Lendo 2016, 643). Por lo tanto, las instituciones de salud se encargan de mejorar el rendimiento y hacer del individuo multifacético omitiendo el síntoma del cansancio, interviniendo en su sexualidad, alimentación, prácticas como el embarazo y el parto. La Medicalización parece no presentar límites, aunque hay hechos históricos en América Latina que lograron la desmedicalización y se implantaron gracias a la lucha social, esto ocurrió en 1973, cuando la Homosexualidad dejó

atrás su pesada y discriminatoria etiqueta de patología y paso a ser considerada una orientación sexual (Murguía, Ordorika y Lendo 2016).

Aún falta mucho por recorrer en el campo de la desmedicalización y aceptación de formas diversas de mejorar la calidad de vida de las personas, aunque el pronóstico para nuestra región sea negativo en cuanto que la medicalización se sigue ampliando, el trabajo de los colectivos y personas de la sociedad civil en contra de que se siga mirando a los seres humanos como patologías y no por las múltiples posibilidades de crecimiento que tienen, hacen que el proceso implantado por el capital cobre más adeptos y enriquezca a muchas casas farmacéuticas que regulan directa e indirectamente los cuerpos.

1.8. Conclusiones

El estudio de la sexualidad no solo abre un sinnúmero de diálogos, también visibiliza cómo las dinámicas de poder van fluyendo en toda la sociedad, y a su vez se institucionaliza a través de las grandes infraestructuras donde se contiene el saber, como los hospitales. El análisis de los regímenes que desde el occidentalismo siguen gobernando los cuerpos y las sexualidades de los seres humanos y en especial de las mujeres, permite ahondar en la serie de conflictos que yacen y recorren en la construcción de las sexualidades. Estos mecanismos llamados reglas, moral, recomendaciones, cuidados, etc., son promovidas por el Estado, la religión, agentes reconocidos como personal salubrista, farmacéuticas líderes, y las mismas mujeres y hombres que forman parte del proceso.

El sistema jerárquico del valor sexual formulado por Rubin (1989) nos lleva a reconocer cómo históricamente lo que sale de lo “normal” se formula como aberrante, por tanto, se describe en los términos de una sexualidad “mala y aversiva”, donde la “conducta promiscua” pesa significativamente en la construcción de una nueva sexualidad, direccionada al “cambio” a la “monogamia” y principalmente a la “heterosexualidad”. Para este sistema no importa el sentir, la emocionalidad ni los pensamientos de estas mujeres, lo que importa es tipificarlas, encasillarlas, estigmatizarlas y retirarles “beneficios” como parte del sistema de control y regulación de su salud sexual y reproductiva.

Por ende, al aplicar este sistema a las conductas sexuales y vida erótica de las mujeres, el concepto de “estilo de vida” (Menéndez 1998) y con este el de “riesgo” promulgan una serie de discursos y prácticas científicas acerca de la influencia de todas las construcciones que se

desarrollan en la vida cotidiana, uniéndose a esto los saberes populares y los saberes profesionales para dar vida a la prevención de las infecciones y malestares que atacan usualmente a la sociedad. El término riesgo está ligado a la supuesta “libertad” de “elección” de la gente sobre sus cuerpos, debido a que antes de tomar una decisión se debe correr el menor riesgo posible, pero al ser vendido dentro de un modo de producción capitalista, el riesgo como pronunciamiento básico en el tema de prevención puede caer fácilmente en discursos de control político que no tan solo abarcaría la medicalización y la psiquiatrización, sino a todos los aparatos médicos sanitarios (Menéndez 1998).

Es a través de esta medicalización y sosiego por la verdad que difunden los y las doctoras, que los y las pacientes se convierten en entes pasivos, cuerpos que esperan que la tecnología, la ciencia mediante discursos y prácticas invasivas, les devuelvan un estado de plenitud llamado “salud”. Para el sujeto o institución que tiene el poder no es de gran importancia que la o el paciente conozcan de su dolencia, lo trascendental es la transformación de este cuerpo en un cuerpo dócil. El saber/poder disciplinar, moldea y evidencia la “microfísica del poder”, de ahí que los y las pacientes deben convertirse en seres humanos dispuestos a modificar lo que se deba transformar y a permitir incursiones corporales.

Todos los mecanismo de dominación y subordinación recaen sobre los cuerpos de las personas, por lo tanto conocer de su sentir y pensar es un tema crucial en el proceso investigativo, por lo que la categoría de “experiencia” expuesta por Scott ([1992] 2001) permite enlazar instancias vividas con los relatos, a través del lenguaje, las historias se consolidan en algo verídico e importante en la construcción de las realidades, como actos de resistencia a los procesos de control y regulación a los que son expuestos los seres humanos.

Capítulo 2

Los hospitales como instituciones de disciplinamiento

2.1. Introducción

Subrayando que la investigación se centra en las formas de control que recaen en los cuerpos de las mujeres con HPV que asisten al Hospital de la Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA), es importante ahondar en cómo los variados espacios de esta casa de salud permiten que las mujeres sean captadas por la mirada científica. En este segundo capítulo reflexiono desde una mirada foucaultiana acerca de lo que simboliza espacialmente esta nueva maternidad, que abrió sus puertas en el 2016 y cuya frase emblemática es “Un hospital con corazón”. Examinó el origen e historia de la primera maternidad de la ciudad de Quito denominada Hospital Isidro Ayora (HGOIA) referente del HGONA, y que durante 106 años fue el espacio donde mujeres de todo el país llegaban para ser atendidas por problemas ginecológicos.

Para entender el contexto de disciplinamiento y control al que se encuentran expuestas las mujeres con HPV recurro a las páginas oficiales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, la Organización Mundial de la Salud, del HGOIA, del HGONA, del Instituto Nacional de Salud (NIH), las estadísticas presentadas por el Área de Comunicación del HGONA, así como los datos expuestos en el periódico El Tiempo de Colombia y la Constitución del Ecuador del 2008. Por medio de esta revisión expongo cómo intervienen para regular la sexualidad, los espacios médico-terapéuticos, la incorporación de hábitos de higiene, junto con las reformas, y la medicalización progresiva impuesta en los cuerpos de mujeres con HPV.

Adicional a la revisión de las diversas fuentes antes nombradas, conecto la información obtenida en una Conferencia de Inducción laboral propuesta por el HGONA en octubre del 2017. Del mismo modo, integro la información obtenida a través de la observación participante, durante el tiempo que como investigadora he estado presente en el área de Ginecología, Colposcopia, Psicología de enlace y Trabajo Social del HGONA, ello permitió un acercamiento de primera mano, para obtener un conocimiento detallado de todos los aspectos de interacción entre pacientes y doctoras.

2.2. Una mirada en el tiempo: desde la Maternidad Isidro Ayora (HGOIA) hasta el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA)

2.2.1. Creación de un espacio médico científico: nacimiento de la Maternidad Isidro Ayora

En este apartado analizaré como el Estado impone a las parteras de la comunidad el conocimiento científico sobre lo ancestral, a través del “arte de partear” y la transformación de este procedimiento hasta llegar a la ginecología.

En 1839, el presidente Flores, trae del Perú una matrona obstetriz, la Sra. Cipriana Dueñas de Casaneuve, esposa de un ilustre francés, se abre la primera Escuela de obstetrices el día 12 de abril en la ciudad de Quito, en una casa que había sido cuartel (HGOIA 2013, <http://www.hgoia.gob.ec/index.php/hospital>).

En la presidencia del Dr. Gabriel García Moreno (1861-1865) se asigna una sala en el Hospital San Juan de Dios, con el objetivo de que los estudiantes de Medicina aprendan Obstetricia. Entonces al momento de atender un parto, las parteras trabajaban bajo la dirección técnica de los galenos de la época, “las nociones de asepsia y de antisepsia no existían” (HGOIA 2013).

En 1909, el Dr. Isidro Ayora regresa de Alemania con conocimientos fundamentales sobre Obstetricia y es nombrado director de la Maternidad –que hoy en día lleva su nombre– decretando que todas las parteras de Quito deberán acudir a clases teóricas y prácticas. Tal disposición causó inconformidad y rechazo, por lo que, mediante la fuerza policial del Intendente de la época, se les obligó a asistir a clases con la finalidad de adquirir conocimientos actualizados.

El Dr. Ayora transgredió la decisión de estas mujeres de hacer del conocimiento ancestral obtenido empíricamente, una práctica constante en el medio hospitalario, apoyado en el paradigma, en el que los médicos legitiman sus discursos mediante el conocimiento que la academia les otorga. Foucault ([1970] 1992) subrayó que los ámbitos institucionales que aplauden estos discursos son los hospitales, sitios de una observación constante, codificada, sistemática, y a cargo de un personal médico diferenciado y jerarquizado.

El hospital es el lugar donde se establecen verdades de orden general que recaen sobre los cuerpos, sobre la vida, y sobre las enfermedades de los seres humanos. Durante el siglo XIX, no solo los hospitales tuvieron un reconocimiento como portadores de prácticas y discursos claros, sino también se otorgó a los documentos, como la ficha médica, las estadísticas, y los diagnósticos, un rol transcendental como instrumentos que legalizan y afianzan los saberes científicos de los y las galenas (Foucault [1970] 1992, 84).

El 12 de noviembre de 1979, la Dirección de la Maternidad “Isidro Ayora” de la ciudad de Quito, modifica el nombre de la Maternidad y la nombra como Hospital de Especialidad, no exclusivamente obstétrico, pero amplio en el campo ginecológico. Al momento es un hospital en donde se atiende tres especialidades: Obstetricia, Ginecología y Neonatología-Pediátrica (HGOIA 2013).

En Quito, la antigua Maternidad Isidro Ayora representa lo que Foucault ([1966] 2001) observó al comparar los hospitales con la civilización. Estos centros cualesquiera que fuese su tipo encarnan un lugar artificial, en el cual “la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial (...)” (36). Mediante el disciplinamiento que se vive al interior de las casas de salud, los espacios hospitalarios transforman a la persona que porta la enfermedad (Foucault [1966] 2001, 36). El autor les otorga el apelativo de “templos de la muerte”, porque aíslan a las personas enfermas de sus hogares llevándolas a sitios diferentes e incómodos, y a compartir experiencias con otros seres humanos en situaciones similares.

2.2.2. Maternidad Isidro Ayora: ¿espacio ideal para ratificar a la feminidad como enfermedad y controlar las infecciones de transmisión sexual?

Es importante recalcar que la profesión médica se encargó de definir “la constitución natural, tanto física como mental de la mujer”. Durante el siglo XIX los galenos tomaron la teoría de Darwin para aseverar que no todos los hombres evolucionaron igual. Como no todos los seres humanos eran hombres sino también mujeres, estas quedaron en una posición de subordinación y desvaloración apoyada en este ‘planteamiento científico’. Por lo tanto, las mujeres fueron descritas como primitivas e idénticas en su función evolutiva que consistía en reproducir, mientras que los hombres se especializaban y podían cumplir varias funciones en la división social del trabajo (Ehrenreich y English 2010).

Del mismo modo se establecieron patrones para valorar a los hombres, y así solo los hombres blancos y ricos tenían privilegios y se encontraban a la vanguardia evolutiva (Ehrenreich y English 2010, 166). Por ejemplo, al hablar del intelecto, Vogt (1860) observó “que el negro adulto comparte la misma inteligencia que un niño, una mujer y un blanco senil” (Haller y Haller en Ehrenreich y English 2010, 167).

Todas estas aseveraciones llevaron a los médicos a construir la “Teoría de la debilidad innata” también con base en la clase social. Las mujeres ricas eran enfermizas por su estilo de vida capitalista, mientras que las mujeres pobres simbolizaban fortaleza. La determinación de esta diferencia se basó en la capacidad que tenían las mujeres de pagar un tratamiento médico sostenido, obviamente las mujeres ricas podían quedarse en casa, “descansar largo tiempo” y mirar los resultados positivos luego del tratamiento. Mientras que las mujeres pobres no podían dejar de trabajar y no podían costear los tratamientos, por eso eran simplemente más fuertes cuando una enfermedad atacaba sus cuerpos.

En conclusión, intereses económicos, nociones científicas, clasistas, y de género confluyeron para que los médicos fundamentaran esta teoría. De ese modo que la feminidad era vista como enfermedad y mientras los hombres evolucionaban las mujeres retrocedían. Tal paradigma ha viajado en el tiempo estigmatizando el ser mujer como sinónimo de debilidad física y mental (Ehrenreich y English 2010).

Trasladando estas construcciones a Ecuador, la Maternidad Isidro Ayora fue la primera referencia de consulta a la que debían asistir las mujeres embarazadas, usualmente de clase media y baja. Como no tenían acceso a un consultorio privado, esta era su ‘opción’ para ser “salvadas” al momento de dar a luz y tratar las enfermedades ginecológicas, así como las infecciones de transmisión sexual.

Este tipo de afecciones antes denominadas enfermedades venéreas, a partir del siglo XIX se consolidaron a través de un imaginario patriarcal que aún persiste, donde las mujeres “promiscuas” son quienes contagian a los hombres y no viceversa (Spongberg en Gayet 2015, 21). Para la Salud Pública estas mujeres deben ser tratadas de forma inmediata; Weeks afirma que las “enfermedades venéreas fueron una gran amenaza, pero se les enfrentó con el intento de controlar y regular la sexualidad femenina, más que la masculina” (Weeks en Gayet 2015, 22).

2.2.3. Apertura del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA): ¿por qué una nueva maternidad en el sur de Quito?

La regulación de aquellos cuerpos femeninos precarios que presentan enfermedades debe producirse a través del ideal de forjar estructuras somáticas sanas, limpias, fuertes y productivas. A tales efectos las sociedades modernas necesitan de infraestructuras hospitalarias que promuevan el bienestar general y atenúen el malestar, dotando a los seres humanos de una comprensión somática de sí mismos (Foucault en Estrada 2015, 344-345).

En Quito, la ex Maternidad Isidro Ayora (HGOIA) no cumplía con los estándares que el Estado moderno demandaba debido a que su cobertura se reducía con el crecimiento poblacional. En el 2010 Quito, capital del Ecuador, contaba con 2 239 191 habitantes (INEC 2010) y el HGOIA no poseía ni la infraestructura ni el personal para los múltiples requerimientos de salud. Entonces decidieron crear una nueva institución “mejorada” denominada Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA), que brindara a la comunidad servicios con tecnología de punta, y cuidado permanente con profesionales de excelencia (Video “Primer año” HGONA, 2016).

Su construcción se ampara en el Derecho a la Salud:

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.²

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (MSP 2012, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/resoluci%C3%B3n-Nro.-04-682-2018.pdf>).

A continuación, se detallan las justificaciones del sector público para la apertura del HGONA:

²Asamblea Constituyente del Ecuador. 2008. Constitución de la República del Ecuador. Quito: Tribunal Constitucional del Ecuador. Registro oficial nro. 449.

Por la sobrecapacidad del único hospital Gineco obstétrico (HGOIA) de la ciudad, durante 64 años.

Descongestionar al Hospital Enrique Garcés (Sur de Quito) con prestaciones que correspondían a Gineco obstetricia.

El sector donde se asienta el hospital, hasta su construcción, no contaba con la atención prioritaria de las autoridades (resultaba impensado un proyecto de esta envergadura en el sur de la ciudad).

Era necesario incorporar a la Red Pública Integral de Salud un hospital que contribuya a la resolución de casos complicados, con un alcance no sólo zonal, sino regional y nacional (Rendición de cuentas HGONA. 2016,

http://hgona.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=110:el-hospital-enrique-garces-cuenta-con-una-nuevo-servicio&catid=54&Itemid=261)

Por lo tanto, la misión del HGONA es:

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en Gineco obstetricia, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública (HGONA 2016, <https://www.hgdc.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>).

La misión del HGONA corresponde al cumplimiento de las prácticas y discursos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2016) donde se prioriza la atención de la salud centrada en la persona. El objetivo es que las madres perciban y formulen experiencias positivas durante la atención prenatal y el parto; aspectos importantes para una maternidad saludable (*Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* 2016, 1).

De esta forma se trata de presentar al proceso de reproducción como “placentero”, lo que busca el sistema de salud es aproximar el cuidado de la salud, a la vida cotidiana de las personas, promoviendo el control no solamente por el lado médico-ginecológico sino también por parte de la población, de su propia salud desde una perspectiva de derechos, para generar una ilusión de progreso por medio de la regulación.

2.2.4 El HGONA: ¿una representación de las madres totalmente entregadas al rol de cuidado?

La mañana del jueves 28 de enero de 2016 “el presidente de la República, Rafael Correa inauguró el Hospital “Luz Elena Arismendi” que beneficiará a más de 600.000 personas del sur de Quito, además de los cantones de Mejía, Rumiñahui y de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi, y cuya inversión es de \$55.3 millones” (MSP 2016, <https://www.salud.gob.ec/hospital-luz-elena-arismendi-al-sur-de-quito-cumple-un-ano-brindando-servicios-de-calidad/>).

El Hospital fue nombrado en honor a una mujer de origen colombiano llamada Luz Elena Arismendi de Restrepo, quien fue madre de dos jóvenes desaparecidos en el año de 1988 durante la presidencia de León Febres Cordero; el caso conmocionó al país puesto que fue catalogado como un acto de violación de Derechos Humanos ejecutado por el escuadrón de la Policía Nacional Ecuatoriana conocido como el SIC-10, creado como órgano represor por el Estado Ecuatoriano (El Tiempo 1994).

Luz Elena Arismendi de Restrepo falleció en 1994 en un accidente de tránsito, su imagen representa la tenacidad y es recordada porque, a raíz de la desaparición de sus hijos, protestaba contra el gobierno de turno todos los miércoles frente al Palacio de Carondelet. Tal como lo señala su última hija, María Fernanda Restrepo (2016) durante la inauguración del HGONA:

Este hospital está lleno de luz, está lleno de esperanza, está lleno de espacios dignos, para toda esa gente, para todo el pueblo ecuatoriano, para que al fin sean atendidos de manera digna, para que, al fin, esas madres se sientan orgullosas de traer nueva esperanza a este mundo y no solo es el hospital que se ve muy lindo en su edificación, es su gente, lo hacemos todos. El valor está en la gente, esos médicos tienen que saber la tarea para la cual fueron elegidos y tienen que seguir ese camino de humanidad (Restrepo en Video “No nos olvidemos” HGONA, 2016, minuto 4).

Mi mamá está hoy presente en esta maternidad, en cada madre que descubre el valor de la vida cuando sus ojos se reflejan por primera vez en los de sus niños. Cuando otra madre pasa la noche en vela cuidando sueños, protegiéndolos de gripes, dragones y fantasmas... Luz Elena

está en cada madre ecuatoriana que nunca se rendirá de luchar por ese amor único, primero y total: sus hijos (Restrepo en MSP, 2016, minuto 5).

El discurso de Restrepo (2016) es analizado desde la categoría “práctica maternal” propuesta por Ruddick (1980) quien subraya que estas prácticas conforman el “conjunto de actividades de cuidado de los niños y niñas y a las experiencias de embarazo y parto” (Ruddick en Vásquez 2013), donde solamente las mujeres son las encargadas de cumplir con este rol socialmente instituido. Restrepo (2016) al manifestar “Luz Elena está en cada madre ecuatoriana que nunca se rendirá de luchar por ese amor único, primero y total: sus hijos (...)” (Restrepo en MSP 2016), afirma que el ejercicio maternal se construye a través de aspectos simbólicos y concretos como lo explica Palomar (2004).

Por un lado, en el plano simbólico la maternidad se basa en un compuesto de sobreentendido de género: mujer abnegada, y madre amorosa por naturaleza. Por otro lado, en lo concreto, se cristaliza como un fenómeno con inmensas implicaciones sociales donde no hay presencia de reflexión. Este mito donde las mujeres deben ser madres y “buenas madres” nace en la creencia del instinto materno, el sacrificio, y la entrega placentera y gustosa de las mujeres a la maternidad, entonces se incita a las mujeres a reproducir una feminidad hegemónica (Palomar en Vásquez 2013, 27).

2.3. Descripción espacial del HGONA “Un hospital con corazón”

“Un hospital con corazón” es la frase emblemática de esta institución, el Dr. Wilson Merecí, subdirector de Especialidades Clínico Quirúrgicas del HGONA, afirma:

El hospital es nombrado de esta manera porque la gente que trabaja dentro de estas instalaciones ama lo que hace, y realizan las cosas con pro actividad, además la mayoría de empleados son gente joven que disfrutan ayudando a las mujeres y a sus bebés. Es un hospital diferente, al ser de tercer nivel su capacidad resolutive está más arriba del estándar (...), lo más importante es el trabajo en equipo, durante el primer año (2016) cerramos con 0 muertes maternas, y con el índice de muerte neonatal más baja, mantenemos altos niveles de exigencia, el compromiso con la institución es enorme (Merecí, Conferencia de Inducción Laboral HGONA, octubre 2017)

Similar al discurso del Dr. Merecí (2017), quienes trabajan en este centro hospitalario, perciben al HGONA como “Un hospital con corazón” por las siguientes razones: “Mi nombre

es Diana Sánchez (...) para mí este hospital es ser optimista y trabajar por lo demás (Sánchez. Video “Testimonios dos años” HGONA, 2016). “Mi nombre es Yolanda Torres (...) para mí el hospital es solidaridad para salvar vidas” (Torres. Video “Testimonios dos años” HGONA, 2016). Las frases expuestas en los videos de las áreas de comunicación de los distintos hospitales de la ciudad de Quito, publicitan el sentido “humanista y de atención integral con las pacientes”, dejando atrás la percepción de ‘simples figuras arquitectónicas’.

Foucault (1978) subraya que, en Francia, así como en toda Europa, desde el siglo XVIII se determinó que los hospitales más allá de ser figuras arquitectónicas se constituyen como instrumentos terapéuticos concluyendo que “el hospital nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio” (Foucault 1978, 31). Es importante reconocer que esa construcción social de los hospitales en Europa traspasó fronteras y fue acogida en América Latina como ideal de hospitales integrales, y a través de la disciplina hospitalaria garantizan las averiguaciones y la vigilancia en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad (Foucault 1978, 31).

El espacio hospitalario gira en torno a la organización médica donde el sistema de visitas se erige entre como una de las principales prácticas de vigilancia. En sus inicios tal sistema se programó por una vez al día, luego surgió la necesidad de una visita en el día y otra en la noche, y por último la creación de la figura del médico residente a quien las enfermas puedan acudir a cualquier hora de la noche. Foucault (1978) expresa que de esta forma emerge el personaje del médico de hospital que antes no existía, este personaje adquiere experiencia con cada caso y es reconocido públicamente; indudablemente ocupa la cúspide de las jerarquías médicas ganando espacios de saber poder.

Ya para el siglo XIX, los y las religiosas abandonan el papel protagónico de direccionamiento de los hospitales claustros. Estas funciones pasan a las manos de los médicos especializados constituyendo el antecedente de la gerencia de los hospitales como los entendemos en nuestros días.

En Ecuador, los médicos de hospital, altamente calificados integran un sistema rector que vigila los hospitales y a esta entidad la nombran como el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano, esta entidad nombra al HGONA como un hospital de tercer nivel de atención y segundo de complejidad. De acuerdo al Sistema Nacional de Salud, los establecimientos se

clasifican por Niveles de Atención y según su Capacidad Resolutiva, por lo tanto, un hospital de tercer nivel según el artículo 10 corresponde:

A los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por la ley (Acuerdo Ministerial 5212 2015, 6).

A su vez los hospitales de tercer nivel se clasifican de dos maneras como Hospital Especializado y como Hospital de Especialidades. El HGONA corresponde a un Hospital Especializado debido a que cumple con las siguientes características:

Establecimiento de salud de alta complejidad con infraestructura adecuada, equipamiento de alta tecnología y talento humano con especialidades y subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas. Cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia e internación en una determinada especialidad y subespecialidad clínica y/o quirúrgica. Dispone de unidades de cuidados de enfermería.

Además, puede contar con un centro quirúrgico y terapia intensiva (cuidados intensivos), cuidados paliativos, así como de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta resolución. En el caso del Hospital Especializado Gineco-Obstétrico, éste puede contar con el servicio de banco de leche humana. Cumple con acciones de atención integral e integrada de la salud. Cuenta con servicio de docencia e investigación (Acuerdo Ministerial 5212 2015, <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>).

Siguiendo el acuerdo ministerial, a continuación, se detalla la división espacial al interior del HGONA:

Tabla 1. División espacial del HGONA por pisos

HGONA					
212 camas de hospitalización	172 de Gineco obstetricia, 43 puestos de Neonatología, 10 puestos de Cuidados Intensivos materno y 7 salas de parto				
2 PISOS	PLANTA BAJA	PRIMER PISO		SEGUNDO PISO	
	<i>Consulta Externa</i>	<i>Área administrativa</i>	<i>Servicios de hospitalización</i>	<i>Área de gerencia</i>	<i>Servicios de hospitalización</i>

	Especialidades: Odontología, <u>Trabajo Social</u> , Anestesiología, Cardiología, <u>Ginecología</u> (Consultorios de <u>Colposcopia</u>), <u>Urología</u> , Obstetricia, Nutrición, Pediatria, Infectología, Medicina Interna y Medicina Familiar. <u>*Área de</u> <u>Apoyo</u> <u>Terapéutico</u> que comprende el espacio de Estimulación Temprana, Educación Prenatal y <u>Salud Mental</u>		Centro Obstétrico, Neonatología y banco de leche	Unidad de Enfermería y Talento Humano	Centro Quirúrgico, y Laboratorio Patológico
--	---	--	---	--	--

Fuente: Rendición de cuentas HGONA 2016

En la tabla se ha subrayado las áreas donde se ejecutó la observación participante, todas se ubican en la planta baja en la sección de Consulta externa, sitio donde se brinda cuidado a quienes han sido referidas desde el primer y segundo nivel de atención que requieren servicios de un especialista, donde se elabora un interrogatorio y exploración física, a fin de integrar un diagnóstico (Video “Primer año” HGONA 2016).

Durante el primer año de atención el área ejecutó 25.025 atenciones y para el 2017 la tasa de atención aumentó llegando a 41.752 atenciones (Video “Aniversario dos años” HGONA 2017). A continuación, se muestra la división de los consultorios en el Área antes mencionada.

Tabla 2. División de los consultorios del área de consulta externa

CONSULTA EXTERNA			
11 consultorios designados a Ginecología	1 consultorio designado a Urología	2 consultorios designados a Psicoterapia	1 oficina designada a

		(Psicología clínica)	Trabajo Social
De los cuales 2 están acoplados para Colposcopia			

Fuente: Rendición de cuentas HGONA 2016

Foucault ([1976] 2002) afirma que la disciplina se constata una vez que se distribuye a los individuos en el espacio, por lo que el principio fundamental en la división de zonas de una institución como los Hospitales es que el espacio se divide en tantas parcelas como cuerpos que repartir hay, evitando de sobremanera la aglomeración y la deserción. La razón de esta distribución corresponde al establecimiento de las ausencias y presencias, jerárquicamente. El gerente de la institución debe conocer dónde encontrar a cada doctor, y a su vez a cada enfermera y en fin a cada paciente, instaurando comunicaciones útiles, para poder vigilar cada una de las conductas, apreciarlas y sancionarlas (Foucault [1976] 2002, 131).

2.3.1. Área gineco-obstétrica: sitio de control de la salud reproductiva de las mujeres

La ginecología/obstetricia es el campo de la medicina que trata una amplia gama de necesidades de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el período de recuperación después del parto. El campo de la ginecología se centra en el cuidado de los sistemas reproductores femeninos, incluido el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. La atención ginecológica también incluye chequeos regulares de la salud reproductiva de una mujer.

Diversos profesionales de la salud brindan atención ginecológica y obstétrica. Un obstetra recibe capacitación especializada sobre el sistema reproductor femenino y acerca de los cuidados quirúrgicos. Algunos médicos solo practican la obstetricia, mientras que otros podrían optar por practicar únicamente la ginecología —la rama de la ciencia médica que se centra en el mantenimiento de la salud y en las enfermedades del sistema reproductor femenino—. Muchos ginecólogos/obstetras, eligen practicar ambas especialidades y ofrecer diversos tipos de cuidados (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en NIH 2012, <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/obstetricia-y-ginecologia>).

La creación de la rama Ginecológica, corresponde a una disputa de poderes en la búsqueda del reconocimiento científico (Summey en Sánchez 2003, 170). El objetivo de los y las galenas es crear una pericia profesional sobre el cuerpo de las mujeres, imponiendo puntos de vista transgresores (Moscucci en Sánchez 2003, 170). Incluso algunos discursos alrededor de esta rama afirmaban que las patologías mentales y físicas debían ser tratadas por la ginecología planteando como hipótesis que todas las dolencias de las mujeres se relacionaban directamente con sus órganos reproductores (Theriot en Sánchez 2003, 171).

Estos puntos de vista se justificaban desde el paradigma que considera a la mujer como una desviación respecto a la norma presentada por el hombre, entonces las mujeres son una especie distinta a la humana. Este argumento se validaba con la idea de que un especialista debe observar y estudiar a profundidad los cuerpos que se encargan de la reproducción y al final cumplen con roles asignados como el de ser madres y esposas.

En definitiva, los hospitales funcionan de doble modo, por un lado, legitiman la división binaria y la marcación; a esto se refiere Foucault ([1976] 2002), cuando explica el señalamiento a las personas como loca-no loca, enferma-sana, normal-anormal. Por otro lado, estas instituciones representan la asignación coercitiva de la distribución diferencial respondiendo a preguntas como quién es, dónde debe estar, por qué caracterizarla, cómo reconocerla, cómo ejercer sobre ella de manera individual una vigilancia constante, etc.

Por tanto, en una primera instancia se etiqueta a las mujeres que presentan una Infección de Transmisión Sexual, por ejemplo, el HPV, como “enfermas”, “contagiadas”, “portadoras”. Esta táctica de las disciplinas individualizantes aparece seguida de la universalidad de los controles disciplinarios al contestar quién es “portadora” proyectando los mecanismos dualistas de la exclusión (Foucault [1976] 2002).

Los mecanismos de exclusión demuestran que la sociedad aplaude de forma intermitente a la ciencia y sus dictámenes que a la postre son los que pesan significativamente en los cuerpos de las mujeres. El poseer una enfermedad pone no solo en tela de juicio, sus hábitos de cuidado, sino también su moral, afectando significativamente su psique con la presencia recurrente de ansiedad, tristeza prolongada, depresión, trastorno por estrés postraumático, y pánico, entre otros diagnósticos (Nota de diario de campo, 24 de octubre del 2017).

La ginecología se valió de instrumentos como el espejo vaginal para indagar en los lugares íntimos del cuerpo femenino y describir su biología. Por ejemplo, la introducción del espéculo por el canal vaginal fue útil para fijar la idea de que eran los órganos reproductores los que regían la salud física y mental de las mujeres (Moscucci en Sánchez 2003, 173). La apropiación de los cuerpos femeninos, a través de la penetración del ojo científico a cuerpos casi desnudos, convirtió la anatomía femenina en un tema de dominio público, y manejado por los hombres dado que la ciencia fue y sigue siendo una práctica masculina en su mirada, análisis e interpretación (Jordanova cit. en Sánchez 2003, 173).

En Ecuador estas prácticas no solamente son masculinas sino también femeninas, es así que al interior del HGONA la mayoría de las personas que atienden esta área son servidoras públicas. La Dra. A.L. afirma que las mujeres que asisten al HGONA sienten “mayor confianza” al ser atendidas por una doctora en ginecología, puesto que el desnudar sus partes íntimas se crea un conflicto con los hombres y sus opiniones al respecto, entonces es mejor si lo hacen con una mujer que “entenderá” la situación por la que atraviesan (Nota de diario de campo, 30 de noviembre del 2017).

Pero no solo las prácticas profesionales correspondientes al género del doctor están relacionadas con el “bienestar” que busca el HGONA para sus pacientes, también el espacio de interacción entre profesional y paciente marca la experiencia en la atención; por tal razón el área de consulta externa de este hospital cumple con las recomendaciones internacionales expuestas en la GAIH o Guía de acabados interiores para hospitales (2013), donde se enfatiza

El derecho que tienen todos los usuarios a usar espacios confortables. Como tal, incorpora las necesidades tanto de los pacientes y sus familiares como del personal médico y de servicio. En este contexto, busca facilitar el desplazamiento y la orientación interior de las personas con o sin limitaciones físicas por medio de la aplicación particular de materiales y color. Los materiales sugeridos son afines a su funcionalidad; el empleo equilibrado del color busca lograr una atmósfera higiénica y visualmente limpia (...). Los acabados de interiores contribuyen a evitar la contaminación de objetos, dispositivos y materiales que, ulteriormente, entran en contacto con los pacientes, contribuyendo al cumplimiento del deber del Estado en materia de evitar las infecciones nosocomiales (GAIH 2013, http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/GUIA_ACABADOS_HOSPITALARIOS%20COMPLETA.pdf).

La mujer que ingresa a la consulta externa observa un espacio iluminado, pintado de color blanco, con un escritorio y un computador donde se encuentra sentada la profesional; en frente ve una camilla, y también puede observar un lavabo de manos y un baño. La claridad ingresa por una ventana con vidrio templado y el cielo es falso (Consulta de Ginecología. HGONA. Observación del 30 de noviembre del 2017).

Esta estructura y su disposición cumplen un rol importante: facilitan el acceso, previenen infecciones y accidentes; y contribuyen a modular el estado de ánimo tanto del personal de salud como de las pacientes (GAIH 2013). Pero a la vez, al igual que los conventos con las celdas para cada religiosa, los hospitales poseen salas de especialización y habitaciones separadas por cortinas donde las pacientes se acercan a la soledad y al reposo (Foucault [1976] 2002, 132).

El secreto de incluir la cura del reposo en las instancias de salud no reside en las comidas blandas y suaves, o en el limitarse en el movimiento, recomendaciones que usualmente prescriben los médicos a las pacientes; el secreto reside en el propio médico. Debido a esta relación de saber/poder, las pacientes sienten profunda admiración y gratitud por las órdenes de control que designa el personal médico sobre sus cuerpos. El personal se muestra dominante, y apoyado en la ciencia, y a través de sus decretos, decide que ese cuerpo femenino mejore principalmente en sus funciones reproductoras (Ehrenreich y English 2010, 186-187).

Foucault ([1976] 2002) desde “La regla de los emplazamientos funcionales” subraya que en sí los lugares no solo se distribuyen para cumplir con la necesidad de vigilancia sino para crear áreas funcionales al máximo. De ahí que en el hospital se ‘vigile’ el estado en llegan las mujeres, su identidad, la permanencia en las salas, el registro médico; pero a su vez se aísla a los neonatos de alto riesgo, las pacientes contagiadas o con las enfermedades que suponen mayor incidencia en los cuerpos, a los recién nacidos en un área libre de presencias patógenas; y se escoja un sitio específico donde guardar los medicamentos. En esencia, también el área de consulta externa se ajusta a esa estructuración, hecha a partir de una rigurosa distribución con base en lo médicamente útil (Foucault [1976] 2002, 133).

2.4. Servicio de Colposcopia para mujeres y servicio de Urología para hombres

2.4.1. Colposcopia

La atención ginecológica se centró en el estudio de las mujeres. Quienes se dedicaban a las Ciencias Médicas desde el año 1925 notaron la importancia de adentrarse en los órganos reproductores femeninos, con el objetivo de indagar los inicios del cáncer cervicouterino, y es así como nace la Colposcopia (Ruiz 2010). Al interior de esta área se llevan a cabo distintos procedimientos, donde

Se usa un instrumento con aumento y luz que se llama colposcopio para examinar el cuello uterino, la vagina y la vulva. Durante la colposcopia, se introduce en la vagina un instrumento que se llama espéculo para ensancharla a modo de poder ver el cuello uterino con mayor facilidad. Es posible el uso de una solución de vinagre para ver con más facilidad el tejido anormal mediante un colposcopio. Se pueden tomar muestras de tejido con un instrumento en forma de cuchara que se llama cureta y revisarlas bajo el microscopio para determinar si hay signos de enfermedad. La colposcopia se usa para revisar si hay cáncer de cuello uterino, vagina y vulva, y cambios que puedan ocasionar cáncer (NIH 2017, <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/colposcopia>).

En el HGONA existen dos consultorios de Colposcopia, en este espacio usualmente se llevan a cabo tres exámenes y se realizan programaciones para cirugías de ser el caso. Los exámenes son: citología convencional (prueba de Papanicolaou) y citología en base líquida; inspección visual tras la aplicación de ácido acético; y pruebas de detección de tipos de PVH de alto riesgo (OMS 2015).

La prueba de Papanicolaou es el principal examen para la detección del cáncer de cuello uterino y los cambios precancerosos. Este procedimiento tiene como objetivo la obtención de células del cuello uterino a fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer (American Cancer Society 2018). Es importante destacar que este tipo de pruebas, que se realiza de forma gratuita en el HGONA, no solo se ejecuta en mujeres “enfermas” sino también en mujeres “sanas”, al ser un examen mundialmente reconocido por su veracidad.

Existen diferencias entre ejecutar una prueba de Papanicolaou cuya función es detectar cambios celulares o células anormales en el cuello uterino, y realizar una prueba para la detección del Virus del Papiloma Humano (HPV). La prueba puede hacerse a la misma vez en

que se lleva a cabo la prueba del Papanicolaou, con la misma escobilla algodonada o con otra adicional, en las mujeres de 30 años o más (American Cancer Society 2018).

El consultorio de Colposcopia es un sistema de regulación de los cuerpos, donde prima la observación y la vigilancia, colocando mayor énfasis en aquellas mujeres que han desobedecido a la norma puesto que en una sociedad disciplinaria el patrón de medida será la norma. Es así, que aquellos cuerpos que están “enfermos” serán individualizados y obligados a someterse a una serie de registros y visitas médicas (Foucault en Sossa 2011, 9).

El poder de la individualización tiene como instrumento al examen, representado como una vigilancia permanente clasificadora, que se encarga de distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder (Foucault 1978, 28).

Los exámenes y pruebas médicas constituyen mecanismos disciplinarios que contribuyen a la medicalización de los cuerpos. El saber médico se sustenta en las anotaciones, observaciones y diagnósticos colocados en las historias clínicas de cada una de las mujeres que asisten al HGONA; este registro enfatiza en los avances y retrocesos de las mujeres, pero más allá de ello refleja el régimen al que se encuentran sometidos los cuerpos femeninos, donde las mujeres y en sí toda la población, se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención médica (Foucault 1978, 33).

2.4.2. Urología

La Urología es la parte de la medicina que se refiere al aparato urinario. Las funciones de este aparato son la formación, el almacenamiento y la eliminación de la orina (Conejero y Girona 2017, 1).

Los urólogos tienen una visión médica y quirúrgica de las enfermedades del aparato urinario del hombre y la mujer y del aparato genital en el hombre. Están capacitados para abordar la patología quirúrgica empleando métodos de cirugía clásica abierta para los riñones, el retroperitoneo y la pelvis, a través de incisiones en la región lumbar (lumbotomía), abdominal (laparotomía, y accesos extraperitoneales) y perineal (...) (Confederación Americana de Urología 2015, <https://caunet.org/que-es-la-urologia/>).

El consultorio de Urología en el HGONA se creó en el mes de noviembre del 2017. Al inicio no estaba planificado ni contemplado en la división del espacio hospitalario, pero según las estadísticas presentadas durante el 2016 y el 2017, las atenciones en el área de colposcopia crecieron en una 60%, por lo que la problemática iba más allá de las especialistas que tratan a las mujeres, entonces se contrató una profesional para la atención de los varones. Este pedido nace exclusivamente de las profesionales del área de Colposcopia y se detalla a continuación:

Nosotras las doctoras del área de Colposcopia pedimos a gerencia, se implemente un consultorio de Urología, con el objetivo de que los chicos, esposos, novios, parejas de las pacientes de Colposcopia en su mayoría contagiadas por el Virus del Papiloma Humano, sean atendidos, educados y también curados, puesto que sus vidas también corren riesgo ante algunas cepas formadoras de cáncer en testículos, pene y ano. Además, muchos hombres no entienden que ninguna de las dos partes de la pareja puede saber con exactitud quien contagió a quien, pero, cuando ellos conocen que sus parejas mujeres tienen el virus las responsabiliza, entonces creen rotundamente que fueron ellas las que los traicionaron y así se contagiaron. Su posición de ‘macho’ no les deja ver más allá de lo que le comento, que la situación es distinta, que en ellos esta enfermedad es aún más silenciosa (Nota de diario de campo, 7 de noviembre del 2017).

A partir de estos discursos surge la siguiente pregunta: ¿cómo se construye socialmente la sexualidad masculina y cómo se imbrica esta construcción con la falta de un consultorio de Urología en el HGONA desde su inauguración? El Ministerio de Salud Pública en Ecuador entiende que las mujeres cumplen un rol reproductivo, y, por tanto, ante cualquier tipo de contagio que pueda ocasionar daños a futuro y afectar la maternidad “responsable” deben ser tratadas con inmediatez. Por su parte, se percibe a los hombres desde un rol de producción, por lo que, al enfermar, siempre y cuando su salud no esté del todo implicada con riesgos de fallecer, pueden esperar que el medio de salud designe una sala, como lo hizo el HGONA.

La sexualidad de los hombres se construye a través de varias masculinidades en su mayoría hegemónicas. El ideal reside en ser muy activo sexualmente, tomar decisiones e iniciativas para poseer a un cuerpo como objeto de uso, en este caso el de la mujer o mujeres que desean. Esta meta, machista y patriarcal, obedece a esa propia enunciación hegemónica y se manifiesta el ejercicio de la sexualidad.

Además, los hombres al ejercer una sexualidad normada justamente reafirman su hombría, y cuando me refiero a normada planteo la alineación a la idea de que los hombres tienen el derecho, por ser hombres, de practicar una sexualidad sin control, desbordada, y que deben adquirir experiencias, pero siempre determinando cuáles son las mujeres “buenas” y las “malas”. Surge así el mandato en que un hombre podrá tener relaciones sexuales frenéticamente con mujeres “malas”, promiscuas, pero con las “buenas”, aquellas que no se prestan para “sexo y nada más”, deberá contraer matrimonio y procrear (Benavente y Vergara 2006, 40-41).

Cabe recalcar que las doctoras del HGONA observaron una cuestión importante a partir de los diálogos entre la Dra. A.L. y las pacientes en la consulta de colposcopia: el incremento de la violencia en pareja por la presencia del Virus del Papiloma Humano. De ahí que “educar” a los hombres acerca de las infecciones de transmisión sexual, se volvió algo imprescindible. Los hombres justifican tal violencia asegurando que las mujeres han faltado al compromiso de pareja, con posibles infidelidades y promiscuidad, entonces “hay que enseñarles que eso no se hace y que hay que ser de casa, para eso hay que recordarle pues, y ¿cómo se les hace acuerdo?, jodiéndoles todos los días y si es necesario pues hay que golpearlas” (Nota de diario de campo, 16 de enero del 2018).

Una de las diferencias en la construcción sexual del cuerpo del hombre, frente al de la mujer, radica en que el hombre al ser un “explorador innato de su sexualidad” puede contraer ITS, y por lo general sin ninguna implicación a gran escala. Pero para las mujeres esta instancia cambia porque sus cuerpos deben ser “cuidados” y el poseer una ITS evoca lo contrario: un “descuido” por lo tanto un exceso.

En términos de supremacía masculina, las mujeres que se han “desbordado” por la falta de vigilancia y cuidado de los hombres hacia los cuerpos femeninos, crean cuestionamientos estructurales en la masculinidad y hombría de cada hombre, a su vez parejas de las pacientes con ITS que asisten a Colposcopia. En ese cuestionamiento amparan su actuación violenta y tratan de que la relación de poder donde ellos ocupan la supremacía, no se transforme y persista la subordinación por parte de las mujeres (Benavente y Vergara 2006, 42-53).

2.5. Psicología de enlace: consultorios donde se desea alcanzar un estado de bienestar

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2018, http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

No solo los consultorios médicos reproducen prácticas de saber/poder en torno al aspecto físico de las pacientes, a estas instancias se suma una ciencia que engloba a la tan anhelada salud mental, nos referimos a la Psicología de enlace. Esta es una modalidad muy específica de trabajo en la alineación del campo de la psicología y de la medicina, ligada a la clínica individual y centrada en las pacientes y sus padecimientos somáticos; es un área que se sujeta con el modelo de aproximación de distintas ciencias y profesionales.

La Psicología de enlace estudia los fenómenos psicológicos relacionados con los diversos problemas de salud abordando pacientes con patologías somáticas o con tendencia a padecerlas. Los y las psicólogas de esta rama atienden pacientes que no han buscado de forma específica una consulta psicológica, sino que son los y las galenas quienes detectan problemáticas o dificultades de adherencia a los tratamientos y los derivan al área de psicología (Varela 2002, 65).

Al interior del HGONA existe una Unidad de Salud Mental Hospitalaria, cuyo propósito es “atender casos de urgencia o emergencia, por ejemplo, síndrome de abstinencia o intoxicaciones agudas por consumo de alcohol y otras drogas, así como trastornos de salud mental en condiciones agudas y graves” (MSP 2018). Esta unidad ha designado dos consultorios para el área de Psicología Clínica y Terapia, uno de ellos es un espacio de consulta externa, y el otro ha sido diseñado por las profesionales del área, de manera “integral”.

Este último espacio, no solo posee los elementos usuales de una consulta externa del hospital, –un escritorio con un computador y dos sillas, una para la doctora y la otra para la paciente, y una camilla al lado izquierdo–, sino que cuenta con dos sillones pub y en el centro una mesa con inciensos (Nota de diario de campo, 20 de febrero del 2018). Este espacio psicológico dual adecuado tanto para una intervención psicológica como médica encaja correctamente con el sistema de jerarquía y de poder basado en los conocimientos y que se mantienen al interior

de los hospitales: el saber psicológico debe fusionarse al médico para lograr solventar estratégicamente los conflictos y “trastornos” por los que atraviesan las pacientes.

De tal forma las psicólogas deben familiarizarse con el estilo del cuerpo médico, y no viceversa; tal recomendación permite trabajar “en armonía”, o sea, es inadmisibles que una psicóloga contradiga explícitamente las demandas médicas. A esto se suma que, las psicólogas del área deben efectuar el diagnóstico de la situación y diseñar las estrategias de abordaje comunicando al médico tratante las decisiones tomadas, a fin de que exista un funcionamiento “exitoso” en los equipos de salud (Varela 2002, 70). Esta jerarquización interdisciplinaria, en la que las psicólogas son las intermediarias y conciliadoras en la relación paciente-médico, tiene como objetivo que las pacientes se ajusten o adapten a la enfermedad, y sigan sus tratamientos logrando la cura y el bienestar (Varela 2002, 70).

2.6. Feminización del servicio de Trabajo Social

Por último, pero no menos relevante, otra de las ciencias que acompaña a la Psicología y a la Medicina es el Trabajo Social, donde surgen discursos disciplinarios y de “ayuda”. Durante el siglo XX, como respuesta a un análisis del Estado acerca de las desigualdades que se encarnan en los cuerpos de los seres humanos en su máxima expresión como la pobreza, brotó una disciplina que se encarga de indagar en la realidad, pero a la vez busca cambios sociales por su enlace a las ciencias aplicadas, es así como se posiciona el Trabajo Social (Greenwood en Romero 2015, 22).

Con el pasar del tiempo se ha ido nutriendo de otras disciplinas para formular su objeto de estudio, por tanto, actualmente los y las trabajadoras sociales:

Aportan a la atención sanitaria la evaluación y el análisis de los factores sociales que inciden en la enfermedad y, en la medida de lo posible, tratan de paliar los efectos sociales problemáticos que surgen de la misma (...) el ámbito de actuación del trabajo social está específicamente orientado al sujeto social y las circunstancias en las que se desenvuelve su vida personal, individual y familiar (Alonso 2007, 6).

En el HGONA, Trabajo Social también se ubica espacialmente en el área de consulta externa, la oficina posee tres escritorios, y cada uno de ellos tiene un computador y dos sillas, la que ocupa la profesional y la otra para la o las pacientes del hospital. El primer acercamiento es

con el Trabajador Social que cumple también el rol de coordinador, y dos profesionales mujeres que se dividen el trabajo de visitas, junto a este lugar se encuentra la oficina de Jefatura de Atención a usuarias, usualmente quienes se desempeñan en esa área realizan sus informes y la atención a la comunidad en las oficinas antes descritas (Nota de diario de campo, 10 de mayo del 2018).

Luego de esta observación, donde existen aparentemente mayor número de profesionales mujeres que hombres en esta instancia, apareció la siguiente pregunta, ¿cómo se produce un proceso de feminización del área de Trabajo Social? Según Molina (2004) el proceso de feminización es

Un término que incorpora una complejidad distinta, trata de la asignación de valores culturalmente considerados femeninos a las relaciones y por esa vía a las profesiones. No se trata de incremento de mujeres en la vida pública o al interior de las profesiones. Es una pauta cultural que afecta a comportamientos, no que incrementa sujetos, aunque en un momento determinado los presuponga (Molina en Rodríguez-Miñón 2017, 31-32).

En este sentido la feminización resulta notable en el Trabajo social porque esta disciplina es considerada una extensión del rol tradicional asignado culturalmente a la mujer, el cuidado. En el medio hospitalario donde se encuentra un mayor número de mujeres que hombres trabajando en esta área, existe una representación ideológica que acompaña este simbolismo patriarcal, es que las mujeres son usuarias mayoritarias de los servicios sociales.

Entonces, las mujeres acuden a los servicios sociales u otras instituciones sociales como representantes de los problemas familiares o de su entorno. Ello está muy vinculado a la feminización de los cuidados, y asociado a fenómenos como la pobreza, la violencia de género, la prostitución y la precariedad laboral, entre otros elementos que hacen de las mujeres objetos de intervención del Trabajo social (Rodríguez-Miñón 2017, 39).

Es importante además destacar que en el HGONA el coordinador es un varón por lo que el interés a esta profesión aumenta a medida que existen mayor número de puestos profesionales de poder; es allí donde se hace más evidente la desigualdad de género (Rodríguez-Miñón 2017, 39).

2.7. Ingreso al HGONA: sobre la metodología de investigación

El trabajo de campo se desarrolló al interior del Área de consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA), conformada por dos consultorios para Colposcopia, uno para Urología, dos para Psicoterapia (Psicología clínica) y una oficina para Trabajo Social. El espacio es amplio, las mujeres que poseen HPV son atendidas en un promedio de 40 minutos, las doctoras se apresuran solamente al existir una gran demanda de pacientes, por lo que es posible desarrollar empatía durante el proceso de pesquisa.

Los diálogos con cada una de ellas se llevaron a cabo al interior del consultorio de psicología, y en la sala de capacitación del área de Docencia del HGONA, con total comodidad mediante entrevistas semiestructuradas cortas y a profundidad. Por temas de confidencialidad se han utilizado seudónimos; todas las mujeres entrevistadas firmaron un consentimiento informado. Las edades de las 20 pacientes con HPV oscilan entre los 18 hasta los 75 años, 10 de ellas se identificaron como mestizas, cuatro como afrodescendientes, cuatro como indígenas, y dos como blancas. De igual manera, se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a los y las profesionales presentes en cada consultorio.

Al ser una investigación de tipo cualitativa, realicé un trabajo etnográfico que inició con una descripción densa (Geertz [1973] 1992) de los escenarios del Hospital y la división del espacio en consulta externa y sus jerarquías de estructuración. Para analizar la presencia de HPV, se invitó al proceso investigativo a mujeres con el virus y que presentan infertilidad, sin otorgar mayor significación al número de cepa y descartando los casos de mujeres que posean “patologías” adicionales; tales criterios rigieron la selección de la muestra.

Desde el mes de octubre del 2017 hasta el mes de mayo del 2018 desarrollaré un proceso de pasantía no remunerada en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante tres días a la semana. Por tanto, el método que se aplicó en este apartado fue la revisión de tan solo cinco fichas médicas, no se me permitió examinar las historias clínicas psicológicas y las de trabajo social de las usuarias del hospital que presentan el virus. En cuanto a los registros estadísticos realice un análisis desde el 2016 hasta el 2018.

Con respecto a la observación participante, esta técnica me permitió un acercamiento de primera mano, y constituyó una herramienta fundamental para obtener un conocimiento

detallado de todos los aspectos de interacción. Como lo expresa Geertz (1987) es esencial rescatar lo dicho por los actores e interpretar las “interpretaciones”, recuperando del tiempo y del olvido un hecho irreplicable, que existe solo en un momento pero que, al ser fijado, puede relacionarse con otras descripciones y puede ser vuelto a consultar. Es importante aclarar que la jefatura de Salud Mental no me permitió ingresar a ninguno de los procesos terapéuticos llevados a cabo con las mujeres que asisten al HGONA, dado que para la coordinación esto podría resultar contraproducente durante el proceso clínico.

La construcción de las múltiples experiencias en las mujeres que presentan HPV es un tema trascendental en la investigación, por lo tanto se cumplió con el objetivo de rastrear e indagar cómo en estas mujeres se construyen las experiencias y el concepto de riesgo a partir de estos discursos, las expectativas en cuanto al tratamiento y en el caso de estar embarazadas, la experiencia durante la gestión, el parto y maternidad, creencias sobre su futuro, prácticas sexuales que aplicaron desde el momento que se enteraron de la presencia del virus.

Como límites del trabajo etnográfico debo señalar que no pude realizar entrevistas a los y las visitadoras médicas, puesto que eran los doctores quienes designaban reuniones a puerta cerrada con cada uno de ellos.

2.8. Conclusiones

El Estado Ecuatoriano promueve estrategias de atención alineadas con el paradigma propuesto por la modernidad, el capitalismo y el “desarrollo” al crear hospitales de alta tecnología y con personal médico capacitado para abordar las situaciones más críticas de salud. Si bien la frase emblemática representa aparentemente algo positivo ante los ojos de la comunidad al titular al Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA) como “un hospital con corazón”, las prácticas como el control del tiempo, la docilidad y el disciplinamiento no desaparecen.

Las denominadas prácticas sexuales anormales (Rubin 1989) contrastan con lo que espera el Estado de las mujeres: lo ideal es que sean monógamas y cuiden sus estilos de vida. Simbólicamente el poder propicia castigos “sutiles” que se impregnan en los cuerpos y en las construcciones sociales de las mujeres a través de la intervención en sus decisiones y de las propias etiquetas que coloca el diagnóstico médico. Y, a pesar de que sean sutiles, los castigos

no dejan de manipular, dominar y educar a las mujeres, con la finalidad de crear cuerpos útiles (Nogales-Bermejo y Urraco-Solanilla 2013, 155).

Los discursos y prácticas emitidas por los y las profesionales de la salud, retumban en los cuerpos de las mujeres y más en las que tienen una Infección de Transmisión Sexual. ¿Por qué? La respuesta se fundamenta en que cada discurso afirma poseer la verdad absoluta o eso es lo que quiere transmitir la Biomedicina. Para Foucault ([1970] 1985) la verdad es inherente al poder existiendo en este y en relación con las múltiples verdades que luchan contra ella.

Siguiendo a Foucault la ciencia, el saber y las positividades no representan lo real.

Supuestamente son reales los discursos de las doctoras del HGONA para las pacientes que acuden a este medio hospitalario porque al saber de la galena – simbolizado a través de la admiración y el respeto por las profesionales–, se une el hospital como espacio de legitimación. Así, el espacio junto al poder que ejerce el sistema sobre sus cuerpos les induce a aceptar e interpretar la realidad como verdadera (Foucault en Rojas 1984).

Capítulo 3

Discursos médicos, sociales y de salud mental emitidos en el HGONA

3.1. Introducción

El objetivo del presente capítulo es analizar cómo surgen los discursos que controlan y regulan los cuerpos de las mujeres que poseen HPV, las similitudes y diferencias en estas prácticas, así como el proceso “pedagógico e informativo” al tratar de explicar a las mujeres. En esencia cuestiono: ¿qué es el HPV y cómo funciona en los cuerpos?, y examino las tipologías de recomendaciones más usuales en torno a la sexualidad.

Los discursos médicos, sociales y de salud mental de una institución de salud pública, proveen a diario estrictas normas corporales y les enseñan maneras de actuar y de obedecer a los cuerpos de las mujeres que asisten a esta casa de salud. Además, tales discursos deben acoplarse a las recomendaciones propuestas desde los organismos internacionales que forjan nuevas formas de construir la sexualidad, tomando en consideración accionares más saludables, y de “cuidado” (Foucault en Sossa 2011, 28).

Para la producción de este apartado se enlazan las siguientes categorías analíticas salud/enfermedad/atención; derechos sexuales y reproductivos. Contextualizo la situación actual de las mujeres con HPV en Ecuador y la categorización de las mujeres al interior del HGONA junto con información obtenida en entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres con HPV y a las coordinadoras y coordinadores del área de Colposcopia, Psicología, Trabajo Social y Gestión de Red.

3.2. Construcción social de la salud/enfermedad/atención

Múltiples disciplinas como la Sociología, y la Antropología del género han centrado algunos de sus intereses en responder dos preguntas importantes. La primera se refiere a cómo se construyen los conceptos de salud y enfermedad, y la segunda, en relación con los cuerpos, interroga qué es el cuerpo y quién decide sobre él (Cerdeira et. al 2011).

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir

acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente (Menéndez 1994,71).

Las ciencias sociales dentro de las múltiples investigaciones desean destacar que durante los últimos dos siglos la enfermedad se ha encontrado en el “dominio clínico”. Foucault ([1966] 2001) subraya que la clínica es quizás el primer intento desde el Renacimiento, de representar una ciencia soberana sobre el campo perceptivo y el cuerpo nunca logra escapar a la mirada de este ámbito. La clínica apuesta por lo tangible que resulta la enfermedad, la visibiliza sin interrogarla, afirmando que es en la enfermedad donde se unen la mirada médica y la cosa vista; la cosa vista para el autor, es el conjunto de síntomas y signos que hacen de la enfermedad, un producto distinguible de otras instancias como la salud (Foucault [1966] 2001, 129-130).

La comunidad académica ha puesto en duda los términos de normalidad, muerte, salud, y enfermedades generadas desde la Biomedicina, ciencia que busca a través de estas conceptualizaciones gobernar el mundo con objetividad. Habermas (1991) afirma que son la modernidad y el desarrollo científico-tecnológico los procesos que engañan a la humanidad, haciéndoles creer que la tecnología con el paso del tiempo rinde con mayor eficacia y al menor costo, eligiendo siempre lo que es correcto y medible (Habermas cit. en Cerda et al 2011,53).

Usualmente la medicina busca batallar con la enfermedad y la muerte para obtener salud, pero como parte del ciclo vital, la muerte no se puede abolir, por lo tanto, evitar la muerte resulta una utopía. Otra de las diversas formas que encontraron las ciencias médicas para entender la salud, fue la de la “normalización estadística”; el propósito era determinar el rango de aparición de ciertos comportamientos que, de hacerse repetitivos, ya no eran catalogados como normales e inmediatamente pasaban a ser conductas patológicas, que se transformaban con el tiempo.

Existen fenómenos compartidos por la población que han sido clasificados como enfermedades; en este grupo encontramos la depresión, la ansiedad, las infecciones de transmisión sexual, como el Virus del Papiloma Humano (HPV), y el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco. Dentro de tales percepciones se consideró por largos períodos, por ejemplo, a la homosexualidad como una dolencia o alteración conductual, y en

la actualidad ya no es etiquetada como anómala. Con ello se reafirma, que, en la construcción social de la salud y la enfermedad, existe una gran variación en la historia debido a dos factores influyentes “el tiempo y la cultura” (Cerdea et al 2011, 55).

“Las acciones de incorporación y desincorporación de ciertas condiciones anatómicas, fisiológicas y de comportamiento al ámbito de la medicina fueron definidas por Michel Foucault (1905-1980) como procesos de ‘medicalización’” (Cerdea et al 2011, 55).

Evidentemente a través de este proceso donde se visibiliza el control y la regulación de los cuerpos, de la sexualidad y de las elecciones desde discursos y prácticas normalizadas, se pretende mejorar las condiciones de vida de una persona.

A lo largo del tiempo han existido y siguen presentándose “relaciones de hegemonía/subalternidad” que tienen un peso relevante en el proceso de salud/ enfermedad/ atención, así como sus significaciones. En ese punto han confluído causas específicas de los padecimientos intersectadas con los sistemas ideológicos (Menéndez 1994, 72).

Entonces, cada una de las comunidades y sociedades mantienen un perfil específico de enfermedad y de muerte relacionadas intrínsecamente con el modo de producción y la forma en que se concatena la economía, la política y la cultura. La pobreza constituye un elemento determinante en el cómo las personas viven y mueren, o si tienen acceso o restricción a los programas de salud y a las medicinas, notándose claras desigualdades en el tema de clase, etnia o género, que influyen más que la carga genética para presentar una enfermedad (Cerdea et al 2011). Esta situación se contrapone a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2006) cuando expresan:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, este concepto fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada por los representantes de 61 Estados (Oficial Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS 2017). La definición no ha sido modificada desde 1948, en el 2006 se añadió que la salud también “es un estado de adaptación de un individuo al medio en donde se encuentra” (Cerdea et. al 2011, 59).

Esta definición técnica sobre la salud, aunque es aplicada por una organización de régimen mundial, es evaluada de acuerdo con el contexto donde se desarrolla el ser humano. El proceso de salud/enfermedad/atención en la región de América Latina difiere de la aplicada en Europa o América del Norte, dado que las políticas públicas y el Estado manejan diferentes “grados de obligación” hacia los “enfermos”, incluso en el manejo de los rubros destinados a la salud hay disimilitudes de un país a otro (Cerdeña et. al 2011).

Foucault ([1977] 1997) señala, en torno a la pregunta ¿qué es el cuerpo y quién decide sobre él?, que a través de la sexualidad como espacio privilegiado se ha logrado controlar a las sociedades, con el poder estatal y la violencia estructural como elementos que regulan los cuerpos. El control que tiene el Estado posibilita la decisión de conferir o no a los seres humanos los derechos mediante el proceso de ciudadanía (Foucault en Cerdeña et. al 2011, 64).

El Estado designó a las enfermedades como problemas sociales, cuya dimensión se expresa a raíz de tres instancias: las significaciones negativas colectivas que se refieren a la presencia de padecimientos; el progreso de comportamientos que deben ser dominados y por tanto estigmatizados; y, por último, y dentro del plano socio-ideológico, la producción de instituciones (Menéndez 1994).

Para Michel Foucault ([1966] 2001) el nacimiento de la “clínica” simboliza un nuevo “orden sagrado” que desplaza a la religión convirtiéndose en la nueva institución hegemónica. El Estado cumple el rol del cuidado del cuerpo social en su conjunto y, paralelamente, es responsable de los cuerpos y las conductas de los ciudadanos del nascente Estado nacional. La medicina trabaja en función de disgregar a la enfermedad y al enfermo (Foucault en Menéndez 1994, 74).

El propio Foucault ([1966] 2001) explica que el médico posee acceso a la enfermedad solo en la medida en que esta sea un objeto simbólico referido a lo general. “Para la medicina como ciencia no existe el diabético, sino la diabetes; ni el canceroso, sino el cáncer; ni el infectado, sino la infección” (Menéndez 1994, 74).

Por tanto, las percepciones y el entendimiento acerca del concepto de salud desde aristas opuestas a la Biomedicina, como la Sociología y la Antropología, permiten investigar la presencia de múltiples culturas de la salud, la enfermedad, la atención y la muerte. A su vez

propician una crítica abierta hacia las políticas públicas sobre el sistema de salud, que en países como Ecuador mantienen el modelo médico hegemónico que desprecia, entre otros aspectos, al conocimiento ancestral.

El Estado da paso a las mega estructuras hospitalarias con la finalidad de lograr el anhelado desarrollo y ser un país ‘de punta’, con bajos índices de mortalidad. No le importa que a costa de su propósito se vuelva contra la integración cultural, el respeto a la pertenencia étnica, y las diversas formas de alcanzar el bienestar individual y social (Cerde et. al 2011), también explicitadas en su proyección gubernamental.

3.3. Virus del Papiloma Humano: la situación actual de las mujeres con HPV en Ecuador

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (HPV) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (OMS 2015, [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se extienden a través de las siguientes prácticas de contacto sexual: el sexo vaginal, anal y el oral. A su vez existen otras formas de propagación que no corresponden a medios sexuales como las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Los hospitales tratan en lo posible que las ITS, en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, no se transmitan de madre a descendiente durante el embarazo o el parto (OMS 2015).

Estas infecciones tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todas las personas y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos y adultas buscan atención médica. Uno de los virus que afecta mayoritariamente a las mujeres es el HPV o Virus del Papiloma Humano. La OMS (2015) estima que en todo momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con este virus, por lo que constituye una de las ITS más comunes.

En la actualidad se calcula que existen más de 100 tipos de HPV, de los que al menos 13 son oncogénicos, la mayoría de las infecciones ocasionadas por este virus ocurren sin síntomas, pero son las cepas 16 y 18 las causantes del 70% del cáncer cervicouterino. Las mujeres constituyen la población con mayor afectación (OMS 2015), y un factor importante de riesgo, radica en que una mujer se encuentre embarazada y sea portadora. Tal es el caso de Rocío:

Quando yo me enteré que tenía este virus me puse mal, y triste; estaba embarazada de dos meses. Yo casi no había escuchado de esta enfermedad, entonces busqué en internet, porque pensaba que me contagié en algún baño, o en la piscina, luego leí que era por sexo, y me imaginé cáncer; entonces le pregunté a mi prima con la que me llevo bien si sabía algo y ahí recién me enteré que ella también ha tenido, yo, no soy igual a ella (risas) me refiero a que yo no era tan así pues, tan suelta como ella, o sea, yo no había estado con tantos chicos como ella... yo no entendía que me pasó, si las dos teníamos el papiloma algo hicimos mal en nuestras vidas (“Rocío”, paciente en entrevista con Solange Rivera, mayo 2018).

Para el análisis de la narración de Rocío he tomado en consideración la categoría analítica del sistema jerárquico del valor sexual propuesta por Rubin (1989). Las mujeres que tienen el Virus del Papiloma Humano deben ser “controladas y reguladas” por las instituciones debido a que existe una práctica de “sexo peligroso” que, de seguir, podría generar una desorganización en la sociedad hegemónica donde la salud es indispensable para que se lleve a cabo el proceso de reproducción.

Las mujeres que asisten al área de Colposcopia del HGONA, reciben información sobre el Virus del Papiloma Humano desde distintas fuentes. Una primera fuente es Internet, donde la información es variada y muchas veces puede ser confusa; la segunda proviene de una o de las dos doctoras que atienden en esta área. No obstante, la información no se queda allí, todo el “personal de salud” que conoce sobre esta instancia repite o genera nuevos discursos que pueden ocasionar ansiedad en las pacientes.

Las pacientes deben enfrentar un bombardeo de “asesorías”, “consejos”, “recomendaciones” y “órdenes” desde la Biomedicina. Por ello, las interpretaciones de las mujeres que presentan este virus pueden verse tergiversadas en comparación con lo que realmente le sucede a su cuerpo y en especial a su útero (Nota de diario de campo, 14 de noviembre del 2017).

Un ejemplo de esto es la información expuesta en la página web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En una nota acerca del HPV, titulada “Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino (CCU)”, detallan, como parte de la introducción, las cifras y datos más relevantes sobre el virus: “En 2012, aproximadamente 270 000 mujeres murieron de CCU; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos” (OMS 2015). Luego se enfocan en la “Prevención y control del CCU: enfoque integral” recalcando:

La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. Entre las medidas recomendadas figura la aplicación de intervenciones a lo largo de la vida. La prevención primaria comienza con la vacunación de las niñas de 9 a 13 años antes de que inicien su vida sexual (OMS 2015, [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)).

Los discursos y prácticas que utiliza la OMS acerca del “cuidado de la salud y prevención de enfermedades” indudablemente son acatados por varios países, entre ellos Ecuador calificado como un “país de ingresos bajos y medianos”. De tal manera y dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la prevención del cáncer uterino, el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en el 2014 adquirió 1 400 000 dosis de vacunas, con la finalidad de reducir la incidencia y mortalidad por CCU en las mujeres, al prevenir la infección por los principales agentes oncogénicos (MSP 2014).

Esta vacuna fue aplicada durante todo el 2014 a las niñas de 9, 10 y 11 años que asistían a escuelas públicas y privadas. El Virus del Papiloma Humano se convirtió en un problema de Salud Pública debido a que la tasa de mortalidad en Quito por 100 000 habitantes desde el 2007 hasta el 2011 por cáncer de cérvix cobró la vida de un 8,9% de mujeres (Registro de Tumores Solca Matriz 2015).

Para el año 2014, del total de mujeres que contrajeron algún tipo de cáncer el 22% correspondía a cérvix invasor y el 9% cérvix *in situ*; el 60% de estas mujeres tenían entre 45 y 63 años de edad. La cifra incrementó en el 2015 apareciendo 7 187 casos nuevos de cáncer diagnosticado en mujeres en un 58%, en tales cifras el 10% correspondía al cáncer de cérvix *in situ*, y el 7% al cáncer de cérvix invasor.

A pesar de que la causa fundamental de mortalidad por tipos de cáncer recae en el de mama, no se debe dejar atrás la incidencia que produce el cáncer de cérvix a raíz de algunas cepas del virus del Papiloma Humano en Ecuador (Registro de Tumores Solca Matriz 2015). Es indispensable subrayar que la vacuna cubre la cepa 16 y 18 oncogénicas, por lo que no funciona para otras cepas que usualmente generan verrugas en las áreas genitales.

Evidentemente los registros muestran que las mujeres están siendo afectadas en proporciones considerables por el Virus del Papiloma Humano. Por esta razón, instituciones como el Ministerio de Salud, tratan a las infecciones de transmisión sexual como enfermedades ocasionadas por prácticas sexuales “anormales”, donde cada mujer pone en riesgo su vida al haber tenido contacto sexual con parejas distintas, o la falta de control en la ejecución de las pruebas de Papanicolaou (Nota de diario de campo, 24 de octubre del 2017).

3.4. ¿Cómo se construyen las mujeres en situación de alto riesgo en el HGONA?

Existen eventos donde las mujeres infectadas han sufrido repudio y violencia; un ejemplo de ello fue la situación que vivieron las compañeras mexicanas. Según Conde et. al (1993) en la época prehispánica las enfermedades venéreas –hoy denominadas ITS– eran reconocidas en hombres y mujeres, pero ‘sobresalían’ especialmente en las mujeres consideradas “públicas”, quienes vivían aisladas de la sociedad y brindaban servicios sexuales a los guerreros en sus regresos del combate (Dávalos 1998). Como una forma de castigarlas por las lesiones o secreciones en sus órganos reproductores eran obligadas a vivir fuera del pueblo hasta alcanzar la cura (Conde et. al cit. en Gayet 2015, 23).

En el contexto ecuatoriano y al interior del HGONA, las mujeres que son atendidas se encuentren o no en proceso de gestación, son evaluadas y de presentarse el HPV son etiquetadas como mujeres en situación de alto riesgo. Según el Dr. Wilson Merecí, subdirector de especialidades clínico quirúrgicas del HGONA, “alto riesgo” es sinónimo de instancias críticas, donde la vida de la mujer y del feto se hallan en peligro, y el HGONA al ser un hospital de gran amplitud es el responsable de estudiar el caso y salvar la vida de estas mujeres (Merecí en Conferencia de Inducción Laboral. HGONA, octubre del 2017).

A continuación, se detallan observaciones y entrevistas realizadas a las profesionales y pacientes al interior de los consultorios de Colposcopia del HGONA. El objetivo es identificar las similitudes y diferencias entre las prácticas de distintas profesionales y las tipologías de

recomendaciones más usuales en torno a la sexualidad que recaen sobre los cuerpos y la psicología de las mujeres con HPV.

Existe una serie de consejos dirigidos a las pacientes, para abandonar la etiqueta de “alto riesgo” y pasar al proceso de “normalidad”, elemento indispensable para ser dadas de alta.

Antes de iniciar el tratamiento para combatir las verrugas³ que aparecen a causa de algunas cepas del virus, la Dra. A.L. (2017) indica a cada una de las pacientes, que durante los cuatro meses que persiste el tratamiento, deben utilizar preservativo y mantener relaciones sexuales con una pareja estable o practicar monogamia, no fumar o dejar de hacerlo, comer saludablemente, hacer ejercicio y bajar de peso de ser necesario.

Así mismo, deben lavar sus interiores a mano, y aunque no existen estudios que demuestren que el virus persiste al salir del cuerpo, la sugerencia es que cada mujer “contagiada” utilice una toalla para su aseo personal y esta no se comparta con los miembros de la casa. Resulta trascendental que si hay presencia de infecciones u hongos adicionales al HPV se aconseja realizar lavados vaginales de agua de manzanilla más bicarbonato de sodio, y también el baño debe ser un hábito de todos los días.

Dentro del plano psicológico se recomienda mantener la calma, no estar ansiosa y evitar llorar, no pensar en la pareja o parejas que pudieron producir el contagio, dado que, para la galena, la mujer que ha tenido más de tres parejas sexuales, fue contagiada de manera aleatoria. Por tanto, buscar al hombre culpable del hecho es insignificante para el tratamiento médico (Nota de diario de campo, 7 de noviembre del 2017).

Las pacientes que atiende la Dra. A.L., acatan las órdenes a cabalidad, incluso copian en pequeñas hojas las sugerencias para no olvidarlas, el objetivo afín es “la cura”. Antes de marcharse de consulta en su mayoría le preguntan a la doctora si morirán, a lo que ella responde:

³ La condilomatosis genital o verruga genital externa (VGE) es una infección de transmisión sexual (ITS), altamente contagiosa, causada por el Virus del Papiloma Humano, que infecta el epitelio basal a través de micro traumas de la piel/ mucosa ano-genital y mucosa oral (Martínez y Troconis 2015, 76).

Este es un virus muy lento, se come a las células del cuello de útero durante años de no ser tratado, puede ocasionar cáncer, y aun teniendo cáncer no significa que vayas a morir. Tú estás en tratamiento y mientras lo estés no tendrás mayor molestia. Haz tu vida “normal”, pero con cuidado para salir de esta; no te vas a morir, tranquila solo cuídate y ya, y no sufras (Nota de diario de campo, 7 de noviembre del 2017).

Si las pacientes se encuentran llorando o exaltadas por toda la información recibida al escuchar este discurso progresivamente se calman, respiran y se secan las lágrimas. Agradecen a la doctora por su ayuda y por escucharlas, afirman que acogerán todas las recomendaciones y se cuidarán (Nota de diario de campo, 18 de octubre del 2017).

Hoy en día, el personal de salud no puede omitir a las mujeres con HPV del sistema, pero a través de la “consejería” que utilizan como recurso en consulta, hacen que ingresen a un modelo de cuidado donde se controla y regula su sexualidad y decisiones. Todo “sacrificio” es aceptado por alcanzar la “salud” y cumplir con el rol de la maternidad, pues se fundamenta en el discurso de que al irrumpir la norma contrajeron un virus incurable. Claro que a estas mujeres les corresponde enfrentar no solo las consecuencias, sino la feminización de las infecciones de transmisión sexual.

3.4.1. ¿Información que produce confusión?

Muchas de las mujeres diagnosticadas con HPV prefieren contrastar la información obtenida en un hospital público con uno privado o viceversa con el objetivo de llegar a la “verdad”. Un ejemplo de ello es el caso de Zoe, quien afirma:

Una doctora de Machachi (ciudad capital del Cantón Mejía en la provincia de Pichincha, ubicada al sur de Quito) me dijo que tenía este Papiloma, entonces me fui donde un médico que me dijera si era o no verdad. Asistí donde el Dr. Lamiña, ese que sale en la tele. Me hizo un examen que no recuerdo como se llama, me cortó un pedacito de piel, me cobró un montón de plata y luego me dijo que sí tenía y que me tenían que operar el útero. Entonces ahí me puse mal y lloraba, fue ahí que hablé con la primera Doctora y ella me remitió a este Hospital. Tengo miedo de tener esa cosa, dicen que me afecta el útero horrible y yo solo tengo un hijito quiero tener otrito (Nota de diario de campo, 14 de noviembre del 2017).

La respuesta de la Dra. A.L. a esta narrativa fue:

Zoe, el doctor Lamiña es un médico particular, por lo tanto, quiere obtener el mayor rédito posible de cada una de sus pacientes. Si yo te contara, [de] cada paciente que he atendido y que han ido primero donde el Dr. Lamiña [y que] afirman que él les diagnosticó con el Virus; algunas en efecto están contagiadas, pero una gran mayoría no. El Dr. Lamiña puede tergiversar la información. Por lo cual nosotros al ser un hospital de tercer nivel, y con muy buena tecnología, te volvemos hacer todos los exámenes y si encontramos que tienes el virus te tratamos, pero si no te damos el alta y todas tranquilas, ok. A la final este bichito sí tiene solución (Nota de diario de campo, 14 de noviembre del 2017).

La doctora emitió un comentario que aparentemente tiene el efecto al bajar la tensión de la paciente, esto desde una observación de su corporalidad y gestos. Los diálogos que se producen al interior de Colposcopia son nombrados por las mismas galenas como “comestibles” aludiendo a que “la gente tendría que haber estudiado Medicina para entender todo lo que produce un virus como el HPV” y ante la “baja escolaridad” de las mujeres que asisten al HGONA es mejor para las profesionales “no crear incertidumbres” con conceptos que “pueden alterar el estado de ánimo de cada paciente” (Nota de diario de campo, 15 de noviembre del 2017).

La medicina, la psicología y la psiquiatría ocupan un lugar nuclear dado que son saberes que concatenan la acción científica y la técnica política de la intervención sobre el cuerpo y sobre la población. El saber junto al poder interviene en cada uno de los cuerpos a través de una producción biopolítica, en consecuencia, emerge de los elementos vitales de la sociedad, del medio ambiente, del mundo de la vida, y de las interacciones.

Ahora bien, si el poder se vuelve enteramente biopolítica y todo el cuerpo social queda comprendido en la máquina del poder, las fuerzas productivas de las personas y los grupos, en su conjunto, se vuelven productivas. Entonces el poder se extiende por lo más hondo de las conciencias haciendo que el mando capitalista sea la base mediante la cual se desarrollan los discursos y las prácticas (Giraldo 2006, 116-117).

En realidad, la información sobre el virus es insuficiente y poco contextualizada tanto en el sector público como en el privado. Durante el trabajo de campo observé que el material de difusión sobre la afección era nulo: no se entregan dípticos con información confiable y directa acerca del HPV. Esta situación se torna ambivalente puesto que el HGONA siempre se

promociona como un hospital con alta tecnología y vanguardista para que las mujeres, y sobre todo las embarazadas se sientan cómodas, pero estas omisiones o desbalances en la información que emiten, hacen que su verdad se ampare en la biopolítica.

3.5. Formas de atención y tratamientos: entre Derechos y discursos en torno al HPV

En este apartado analizo la importancia del lenguaje como una práctica social debido a que los fenómenos lingüísticos son fenómenos sociales. En tanto, lo que se dice, escucha, escribe o lee se realiza desde una forma socialmente determinada y que posee, –aunque pueda parecer redundante– efectos sociales. Esta relación entre los fenómenos sociales y lingüísticos ocurre porque la actividad lingüística se une a cualquier contexto social no solo como una expresión de esos procesos o prácticas sociales sino porque constituye parte de ellos (Fairclough en Sánchez 2003, 42).

Para Foucault (1976) el lenguaje representa un receptáculo que acoge el significado previo de las cosas, un significado que a su vez existiría previamente a la palabra, al significante. Entonces este autor (1971) concibe el discurso como la categoría que recoge la relación unívoca entre el significado y las palabras y lo entiende como una práctica enunciativa condicionada por un conjunto de procedimientos externos e internos que la convierten en el espacio ideal donde el poder se vincula y al mismo tiempo se promulga.

Foucault (1971) destaca que no todos los discursos se encuentran en las mismas condiciones, en otras palabras: no todos los discursos producen poder en igual cantidad. Tal supuesto se basa en que su circulación depende de la economía del discurso que crea regiones más o menos penetrables; a esto el autor lo denominó el orden del discurso (Foucault en Sánchez 2003, 43).

El orden de los discursos emitidos por las doctoras, psicólogas y trabajadoras sociales que forman parte del equipo de salud del HGONA, es muy importante para las pacientes, puesto que priorizan las prácticas a través del cumplimiento de las recomendaciones impuestas sobre sus cuerpos y sexualidad. Las pacientes colocan en primer lugar los discursos emitidos por la parte médica, luego se encuentran las prácticas difundidas por el área de salud mental y, por último, las manifestadas por el área de trabajo social. A ejemplificar este fenómeno se dedica el siguiente apartado con base en el material empírico, producto de las observaciones participantes del trabajo de campo.

3.5.1. Derechos sexuales y reproductivos: ¿un paraguas para la violencia obstétrica?

Los derechos sexuales y reproductivos se establecieron en el Ecuador a partir de las distintas conferencias internacionales: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 89, el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción del Cairo) de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, de 1996. En las mismas los Estados partes se comprometieron a elaborar políticas públicas y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Varea 2007, 40).

Actualmente, en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública y mediante los lineamientos del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 traza las coordenadas legislativas en torno a esta temática. Estas son visibles en el objetivo 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades”; y, en el objetivo 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”.

En ese sentido se implementó el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021”. Esta planeación aspira a promover la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR). Además, busca garantizar una atención de calidad desde el marco de los derechos humanos y articular aspectos de la gestión, la asignación de recursos, los procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento. A su vez, pretende desarrollar estrategias para mejorar los indicadores de SS y SR priorizados en el país (Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 2017, 11).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes (Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 2017, 16).

El plan fue elaborado mediante el enfoque de género para abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en todas las acciones de salud, y mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas de salud sexual y salud reproductiva. Dicho enfoque permite tener una mejor comprensión de la realidad y de las vivencias, de las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres, ubicando como un problema central a la desigualdad en

las relaciones de poder entre hombres y mujeres, sus causas y efectos en la salud (Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 2017, 16).

Este enfoque ayudó en la elaboración del Plan a visibilizar el desconocimiento que tienen las mujeres mayoritariamente en torno a sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, en el tema de las infecciones de transmisión sexual, de acuerdo con la ENSANUT 2012, el 57.1% de mujeres de 15 a 49 años no recibió información sobre cáncer uterino. Así mismo, un 30.5% de mujeres nunca se han realizado citología vaginal, porcentaje que se ve incrementado en el quintil más pobre a 43.2% y mujeres sin instrucción en 34.6%, y la mayoría de ellas también desconocía la presencia y el “cuidado” que se debe tener con el Virus del Papiloma Humano y su relación directa con el CCU (Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 2017, 29).

Por tanto, en el Plan se desarrollaron dos lineamientos estratégicos para combatir estas cifras, estos son detallados a continuación:

Lineamiento Estratégico 4:

Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y atender a las personas en el ámbito de las Infecciones de Transmisión Sexual incluido VIH.

Líneas de acción:

4.1 Prevenir, detectar y atender de manera integral las Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lineamiento Estratégico 5:

Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y tratar oportunamente a personas con cáncer asociado a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Líneas de acción:

5.1 Garantizar el acceso a prestaciones integrales para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer asociadas a la Salud Sexual y Salud Reproductiva (Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 2017, 44-45).

Aparentemente Ecuador cuenta con un plan sólido para que toda su ciudadanía disfrute del derecho a la salud. Sin embargo, este no es el sentir de las pacientes del HGONA, para Antonia pasan cosas distintas a lo estipulado:

Yo siento que mis derechos si fueron vulnerados y me siento mal por ello. Yo, la primera vez que vine a este hospital me atendió una doctora muy buena en Colposcopia: me explicó cómo funcionaba el virus del Papiloma Humano, me dijo que era algo que no me causaría la muerte, me hizo exámenes, en fin, muy buena la doctora. Pero para cuando ya tenían los exámenes me mandaron con otra doctora que me ignoró en consulta completamente, no me miraba ni a los ojos, solo me dijo que los resultados de los exámenes estaban bien, me habló en términos médicos, yo ni le entendí, y cuando le quise decir que me explique más, me dijo que se acabó la consulta y ya me cortó la pregunta, no fue comprensiva como la otra doctora. Yo no entiendo como en una misma institución puede haber una doctora que trate bien a sus pacientes y otra que sea déspota (“Antonia”, paciente en entrevista con Solange Rivera, marzo 2018).

En el relato de Antonia se constata cómo la atención de la doctora es percibida en términos despersonalizantes, y la posibilidad de reclamar por estas actitudes se ve reducida al mínimo o eliminada. Este trato jerárquico es denominado violencia obstétrica. La violencia obstétrica está tipificada en varias legislaciones de América Latina (Argentina, Costa Rica y Venezuela), como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (República Bolivariana de Venezuela en Vásquez 2013, 98-99).

El campo médico forma una dualidad crucial en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, las instituciones públicas de salud son un espacio del ejercicio de la ciudadanía, donde el acceso a ellas se encuentra bajo un derecho social, pero por otro, las mujeres se sienten violentadas de diversas maneras en estos lugares. Esto se debe a la estructura disciplinaria diseñada para “mejorar la eficiencia” de la atención que se brinda, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada y más aún si hablamos de mujeres portadoras de Infecciones de Transmisión Sexual (Castro y Erviti 2014, 40).

3.5.2. Discursos médicos

Al interior del HGONA, la Dra. L.T. es una de las dos especialistas que trabaja en el área de Colposcopia y realiza el examen de Papanicolau. Esta prueba es muy usual, y tiene como finalidad detectar alguna anomalía en los órganos que forman parte del aparato sexual femenino. La siguiente descripción da cuenta de cómo se efectúa el Papanicolau al interior de los consultorios de Colposcopia del HGONA:

En el área de Colposcopia del HGONA casi todas las mujeres que son atendidas presentan una infección de transmisión sexual y casi en un 90% se trata del Virus del Papiloma Humano. Yo atendí solo en el mes de febrero del 2018 a 50 mujeres y el compañero de la otra consulta atendió a 30; entonces si sumas son algunas mujeres con este virus en situación de riesgo. También un gran porcentaje fue referido de la Amazonía y lamentablemente ellas sí presentaron precáncer.

Yo, como usted ya vio, lo primero que hago es decirles que esas verruguitas son a causa de un virus, pero para saber con exactitud cuál es ese virus les digo que tomaré una muestra. Les pido que se retiren la parte inferior, el pantalón y el interior, que se coloquen la bata, luego que se acuesten en la camilla y coloco un espéculo dentro de la vagina, para que la vagina se encuentre abierta y el procedimiento no se arruine, luego hago un raspado tenue, suave, para sacar una muestra de células con una espátula chiquita. Bueno, se introduce en el cuello uterino un pequeño cepillo para tomar una muestra. Hay que esparcir la muestra en el portaobjetos, y se envía al laboratorio. Se acaba y les digo a las chicas que se vistan y ya, hay que esperar nada más (Nota de diario de campo, 28 de febrero del 2018).

Es trascendental añadir que ninguna de las usuarias cuestionó a la doctora por el procedimiento. Solo en una ocasión, una de las mujeres, demandó a la profesional del área la realización de la prueba, aun sin cumplir uno de los requerimientos. A continuación, se pormenoriza lo sucedido:

Doctora: Mijita dígame si cumple con los siguientes requerimientos: ¿Está menstruando? ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos cuatro días? ¿Se ha colocado alguna crema o pomada en la vagina en los últimos cuatro días? ¿Tiene algún fluido anormal?

Paciente: [A todas las preguntas] No doctora.

Doctora: Bueno, entonces ponte la bata que está en la camilla, ingresa al baño, retírate el pantalón y el interior, y cuando salgas recuéstate.

Paciente: Bueno, doc.

[Durante el Papanicolau]

Doctora: Hija, pero tienes secreción blanca, aunque es poca, yo no te puedo hacer el examen porque es probable que salga alterado, vístete no más y hacemos el examen otro día.

[Antes de levantarse de la camilla]

Paciente: Doctora, yo soy de bien lejos, hágame el examen por favor, además yo no tenía nada de infección ni nada, este examen es importante, hágame no tengo plata para el bus y venir solo para hacérmelo, esa plata mejor gasto para retirar los exámenes.

Doctora: Ya es tu decisión mijita, si quieres hacértelo, ya te digo lo que te va a pasar, pero si quieres tanto yo te lo hago.

[Inmediatamente comienza la toma de muestra]

En voz baja la doctora expresa: Hay estas niñas más sorditas y exigentes.

Doctora: La próxima hija escucha, escucha las recomendaciones es por tu bien y para no pasar el tiempo sí, ¿entendiste?

Paciente: Bueno doctora, gracias (Nota de diario de campo, 21 de noviembre del 2017).

La forma de control del cuerpo de la paciente por parte de la galena no solo se remite a las recomendaciones del cómo acercarse a consulta para la toma de muestra del Papanicolau, sino también se visibiliza el discurso impregnado del saber-poder. Hace uso del término “mija” como algo natural, cuando la expresión implica una situación de subordinación que ubica a la paciente en el plano de ser catalogada y percibida como una mujer que necesita “cuidado” y con esto disciplinamiento. Pero esta práctica no termina allí, donde se evidencia la violencia en su máxima expresión es en la frase: “Hay estas niñas más sorditas y exigentes”.

Utilizada de forma estratégica, la frase antes mencionada, se emplea para hacerle creer a la paciente dos instancias. La primera: que la galena le está “ayudando” con la toma de muestra porque supuestamente “entiende” la situación económica precaria de la paciente. Ello reproduce una jerarquía entre la experta que conoce de salud y la “pobre enferma” que debe ser atendida. La segunda instancia va dirigida al mantenimiento y la reproducción de las desigualdades sociales.

El poder es visible en la narrativa y se refuerza con la frase: “La próxima hija acata las recomendaciones, es por tu bien y para no pasar el tiempo sí, ¿entendiste?”. Aquí se incorpora un presupuesto ideológico que incita a la paciente a reconocer que su conducta errónea al pedir la toma de muestra sin cumplir los requisitos. Por su parte la actitud pasiva de la paciente corresponde a esa internalización de la posición de inferioridad que le inculca la

doctora, que es percibida por esta mujer como su realidad, una realidad inmodificable pero sostenible y no ‘tan problemática’ como para manifestar resistencia (Foucault en Sánchez 2003, 45-46).

3.5.3. Discursos desde la salud mental

Al interior del Área de Salud Mental del HGONA existen cuatro psicólogas clínicas, cuya labor se encuentra destinada al trabajo en Psicoterapia en la especialidad Gineco-obstétrica. Dentro de ese paraguas atienden a madres gestantes, parto, y puerperio. También a mujeres con diagnósticos Gineco-obstétricos de alto riesgo que deben ser atendidas con urgencia, por ejemplo, aquellas que a causa del HPV tienen cáncer o precáncer. La edad de las pacientes es variada va desde mujeres adolescentes, adultas y hasta mujeres de la tercera edad (Nota de diario de campo, 18 de enero del 2018).

Mediante una entrevista realizada a la coordinadora del Área de Psicoterapia se pudo obtener la siguiente información, en cuanto a la percepción de la sexualidad de las pacientes con HPV:

Yo trabajo desde el enfoque de la psicología humanista, aplico técnicas que tienen que ver con el manejo de trauma, simple o complejo. El tema del HPV tiene que ver con el cómo las mujeres se sienten con su diagnóstico y con su sexualidad. Para mí, las mujeres construimos nuestra identidad a través del género que heredamos, es decir, una herencia social, que se transmite de generación en generación, en diferentes contextos, que está atravesada por el tema del machismo y la violencia normalizada.

Ahora, dentro de esa herencia cultural, la sexualidad se forja a través de la educación, en la familia es cómo aprendemos de alguna manera específica a hablar de la sexualidad, ahora hay un bombardeo de los medios de comunicación sobre la sexualidad. Y es ahí cuando las familias entran en crisis, por la falta de información fidedigna, más el machismo, los hombres creen que este virus no les afecta y tampoco saben de sus consecuencias. Por otro lado, las mujeres influidas por muchos factores, como el religioso, no son orientadas correctamente porque los padres no quieren ser los primeros educadores de sus hijos, existe aún mucha restricción en la construcción de la sexualidad y de las ITS (“Dra. A.D.”, doctora en entrevista con Solange Rivera, marzo 2018)

La narrativa de la profesional concuerda con lo propuesto por Weeks (1998) quien expresa que la sexualidad es una construcción social marcada significativamente por la religión, la moral, y una serie de normativas, que hoy en día al igual que en la antigüedad pesan significativamente en la idealización de los cuerpos y se mantienen estructuralmente por un modelo más laico, el saber médico. Al ahondar en el tema del tratamiento psicológico que se brinda a las mujeres que asisten a consulta y poseen un diagnóstico de HPV, la profesional afirma:

Yo en terapia con mujeres que tienen HPV trabajo en su autoestima, autoconcepto, autovaloración principalmente, en crear estrategias para disminuir la violencia de pareja y de género porque el HPV sí permite que se desencadene una serie de eventos violentos, este virus es un factor importante de incremento, además son altamente vulneradas acusadas de promiscuas, infieles, putas, mientras que si nos ponemos a comparar con los hombres no sucede lo mismo. En el caso de ellos es normal que después de haber tenido tantas relaciones sexuales presenten una ITS, En la salud pública no hay una visión de que son los dos los responsables, y no se cuestiona la cara masculina de esto.

Este virus indudablemente tiene una carga más hacia lo femenino ya que son las mujeres las que están expuestas a más controles médicos, exámenes, pruebas, incluso en Psicoterapia trabajamos para que ellas se motiven por ir a consulta médica y sigan con el tratamiento, no decaigan, y se cuiden, con la finalidad de que se curen, porque al estar bien físicamente ayuda mucho en el proceso psicológico, es un trabajo interdisciplinario esto (“Dra. A.D.”, doctora en entrevista con Solange Rivera, marzo 2018).

Los discursos emitidos por la psicóloga tienen un propósito que se equipara con el pensar médico confirmando la función de enlace que cumple el área de psicología dentro del medio hospitalario. Es evidente que la psicoterapia trata de profundizar en temas que afectan a la salud y estabilidad de las mujeres con HPV, pero también incentivan a cada una de las pacientes a reconocer que el saber médico y sus prácticas de control como el culminar un tratamiento o asistir a cada consulta esperando resultados positivos, es la única forma de retornar al tan anhelado estado de “bienestar”.

Para el ámbito psicoterapéutico las experiencias previas y post diagnóstico son muy importantes. En la narrativa se detecta lo que Foucault (1985) afirmó acerca de la sexualidad, donde está desde cierta “manera de hablar”, representa en algunos discursos médicos una

dimensión más de entredichos y valores, que de discursos científicos. Retomando la entrevista, podemos plasmar esta instancia, cuando la profesional afirma que el HPV es una ITS feminizada, que involucra comportamientos machistas enraizados en la idea de una mujer “saludable” (Foucault 1985, 326).

Es significativo subrayar que desde la Coordinación del área de Psicoterapia se negó a la investigadora el estar presente durante las sesiones terapéuticas dado que las pacientes podrían sentirse incómodas y este evento resultaría iatrogénico para el proceso, es decir nocivo para su salud mental. Por esta razón, la entrevista realizada a la profesional es el referente de análisis de las prácticas que se llevan a cabo durante una sesión terapéutica con mujeres que presentan el HPV. Ante la pregunta, sobre las sugerencias que emiten a las pacientes en torno a cómo mantener una salud mental estable, la psicóloga respondió:

Más que sugerencias, es un tema de información, es decir, somos como un parche, como un suplemento de la información que a los médicos se les pasa, no es que los médicos no hagan su trabajo, es nuestra labor mediante la empatía responder a todas las preguntas que ellas no las realizaron por temor a ser juzgadas, y también depende del contexto de cada paciente. Lo que hacemos es acompañar, porque nuestro trabajo es individual, nos enfocamos en los factores de riesgo, que afectan su aquí y ahora. El mensaje que siempre les doy a las mujeres con HPV es que deben adueñarse de su sexualidad y ser libres, pero también ser cuidadosas porque somos expertas en cuidar a los maridos, pero nos descuidamos de nosotras, por eso lo importante es cuidarse y amarse (“ Dra. A.D.”, doctora en entrevista con Solange Rivera, marzo 2018).

Aparentemente la psicóloga difunde un discurso a favor del empoderamiento con su narrativa sobre la libertad y el que las mujeres sean dueñas de su sexualidad, pero se contradice al momento de incluir el “cuidado”. La primera hipótesis que se maneja es que la profesional toma el tema del cuidado para ir contra del machismo y el patriarcado, sistemas que aplauden que una mujer siempre esté preocupada por los demás y se desligue de sus metas y sueños por “cuidar” a terceras personas. El otro punto hipotético es que, si bien la psicóloga habló de la libertad como un tema que concierne a lo que las pacientes hacen con sus cuerpos, al evocar el “cuidado” como algo netamente ligado a agentes morales, omite el sentir de las pacientes.

Si el discurso es percibido por las mujeres con HPV desde el segundo punto, entonces se recae en el tema de la persuasión y la regulación. Por un lado, las pacientes son libres de elegir, pero por el otro, la libertad es una construcción que para sostenerse en el tiempo depende del cuidado, en este caso de la asistencia a revisiones médicas o el continuar con el tratamiento psicoterapéutico.

3.5.4. Discursos desde el Trabajo Social y la Gestión de Red

El área de trabajo social al interior del HGONA labora de manera directa con el área de psicología, y tratan en su mayoría los problemas socioeconómicos de todas las mujeres que asisten a esta casa de salud y así lo requieran, pero de manera especial, se centran en las adolescentes. En una entrevista realizada al coordinador del área, la investigadora le cuestionó acerca de la metodología de trabajo social y la intervención que realizan con las mujeres que presentan el Virus del Papiloma Humano, a lo que el profesional respondió:

Bueno, el área básicamente se encarga de gestionar, investigar, coordinar, nosotros nos enfocamos en analizar los problemas socioeconómicos de las mujeres que asisten al HGONA, y de ahí pues miramos si el problema requiere de atención policial, se gestiona con la DINAPEN, con el Centro de Equidad y Justicia y con Fiscalía. Cuando los casos están relacionados con pobreza, y cubrir necesidades primarias, buscamos la ayuda de fundaciones, acudimos al Estado para solventar lo más rápido. En el caso de mujeres con HPV lo que hacemos es que recibimos el caso no por la gravedad del virus, sino porque la mujer que lo porta tiene una situación socioeconómica difícil, tienen niños que se mueren del hambre, no van a la escuela, ahí entramos nosotros, esos son unos casos. Otros son los casos de pacientes con HPV que tienen cáncer o precáncer, es decir, súper avanzadas, ahí nosotros lo que hacemos rápidamente es remitir al área de Gestión de red, para que les ayuden con los exámenes (“Lic. P.C.”, licenciado en entrevista con Solange Rivera, mayo 2018).

Sus palabras expresan dos instancias de poder que el área ejerce desde la gestión. La primera es la vivencia de las usuarias, el hecho de que el instrumento principal del área sea una ficha socioeconómica impuesta por el Ministerio de Salud, permite a los profesionales conocer múltiples situaciones sociales, y esta información es la que les otorga el poder. De cierta manera la carrera se encuentra destinada para jerarquizar esta información y vivencias, el hacerlo es una representación de la microfísica del poder en los niveles más básicos y locales (Pelegrí 2004, 26).

La segunda instancia de poder es la relación de ayuda destacando que cualquier relación profesional es, por definición, una relación asimétrica donde una parte dispone de un saber y de un saber hacer que, en esencia, constituyen una fuente de poder para la parte demandante de atención. En el Trabajo Social el poder se incrementa a causa de la naturaleza de la relación que debe establecerse para que sea efectiva la ayuda. La especificidad que comportan las relaciones de poder en una profesión cuyo propósito es procurar cambios emancipadores no siempre puede producir este efecto, sino más bien inclinar la balanza de decisiones al lado del profesional y dejar a la deriva a la paciente colocándola en una situación de asistencialismo (Pelegrí 2004, 27).

El trabajo en equipo se visibiliza con la Gestión de Red quienes se alinean con Trabajo Social y se enfocan en tramitar los exámenes que tendrán que realizarse las pacientes que presentan HPV, como por ejemplo la genotipificación (detección del ADN del virus) y también las mujeres que a causa de esta ITS han desarrollado cáncer y precáncer, tal como lo señala el coordinador del área:

Nosotros a la semana recibimos de tres a cuatro pacientes que poseen el virus, son derivaciones de Trabajo Social, de Ginecología y de Colposcopia; de las cuales a todas se les hace el proceso de genotipificación y de las cuatro, lamentablemente tres tienen cáncer o precáncer en promedio, usted puede ver que es altísima la tasa de cáncer cervicouterino, lo que hacemos aquí es mandar los casos al Hospital Eugenio Espejo, siempre nos ayudan. A pesar de que nosotros contamos con una consulta de Oncología, ellos hacen los tratamientos, ya sea quimioterapia, radio, etc., depende de lo que necesita la paciente. Acá cuando vienen las pacientes, llegan desesperadas, llorando, devastadas, tienen miedo a morir, ellas nos piden que les ayudemos lo más pronto, pero usted sabe que todo es un proceso y a la final ya no depende del área sino de que el Eugenio Espejo emita rápido la respuesta y nos ayuden (“Dr. A.M.” doctor, en entrevista con Solange Rivera, mayo 2018).

La acción de gestionar implica ayudar a solventar situaciones crónicas por las que atraviesan las pacientes que asisten a esta casa de salud, pero al derivar los casos hasta alcanzar una posible solución, que depende a su vez de otra institución de poder, es decir, de otro hospital, simboliza una producción continua de relaciones de poder. De acuerdo con la posición en la que se encuentre el profesional, o sea, el rango de jerarquización, contribuirá positiva o negativamente en que los exámenes se realicen lo más pronto posible o la demora se torne insostenible para las pacientes, quienes se enfrentan a este virus a diario.

Según Bayón (1995) los y las profesionales que dependen de otras instancias de poder como las instituciones de salud, para llevar a cabo sus actividades, ejercen algunas veces el rol de “sujetos de poder” y otras son considerados “objetos de poder”. En la primera postura, el trabajador social tiene ventajas mediante la imposición de su criterio de saber-poder; esto sucede cuando las pacientes hablan acerca de sus conflictos socioeconómicos y el profesional les explica de las posibilidades de ayuda.

Siguiendo estas relaciones de dependencia, la otra postura se manifiesta cuando los trabajadores sociales son receptores de las dinámicas de poder, estructuras o instituciones que ejercen sobre ellos mandatos, es decir, se sujetarán a una situación de subordinación quedando en un poder de dirección intermedio. Así funciona el poder dándole la sensación a los sujetos que poseen saber de estar en una situación privilegiada y de libre accionar, pero si hablamos de los mismos sujetos expuestos al sistema, las violencias que sufren y la vigilancia a la que están expuestos es estructural y sin privilegios (Pelegrí 2004, 27-28).

3.6. Conclusiones

Es fundamental analizar la serie de discursos y prácticas médicas, psicológicas y sociales que se generan en instituciones disciplinarias como los hospitales, ya que estos son los espacios de saber/poder donde las jerarquizaciones se observan claramente. Tales jerarquías están estructuradas por signos, y persisten en las cargas de significación que se coloca a estos signos.

Una muestra de ello es que el estar “sana” sea positivo, y propio de quien cuida de sí misma, y el estar “enferma” represente algo negativo y que debe ser regulado. El reto para las Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales, consiste en reconstruir las significaciones de salud y enfermedad para que el cambio sea viable y se deje de disciplinar los cuerpos y la sexualidad mediante los hospitales (Vergara 2007).

Al interior del HGONA, se presentan cuatro discursos profesionales que se imbrican en distintos puntos en torno a la construcción del cuerpo y la sexualidad en mujeres con HPV. Estos son: el retorno a la salud y evitar el cáncer, mujeres catalogadas en situación de alto riesgo, control y regulación de los cuerpos mediante la asistencia a citas médicas y cumplimiento de tratamientos, cuidado de la sexualidad y prevención de nuevos contagios.

Las mujeres que tienen HPV y asisten a consulta con la diversidad de profesionales del HGONA, tienen la posibilidad de expresar lo que sienten en distintos niveles, pero no necesariamente son escuchadas con la empatía que requiere la situación. En ese punto sufren la violencia obstétrica explícita e implícita palpable en algunos de los discursos y prácticas constatadas al interior de la consulta. Ello repercute en su bienestar dado que deben estar preparadas de forma íntegra para los múltiples exámenes, pruebas y tratamientos que implican el enfrentamiento de un virus incurable.

De este paradigma científico se deriva el hecho de que las mujeres que presentan una serie de síntomas que están ocasionando malestar físico y emocional sean categorizadas como mujeres de alto riesgo. Luego para combatir esta problemática y recuperar su salud deben someter sus cuerpos a medicamentos, psicoterapia y largas esperas por derivaciones, acatan sugerencias y recomendaciones que lo único que buscan es prevenir el contagio de nuevas ITS y con esto no solo ponen en riesgo su salud sexual, y la de su pareja. Sin lugar a dudas la feminización de esta enfermedad hace que las mujeres sean vistas como la representación del contagio y cuerpos en los que se debe trabajar con estrategias desde la Salud pública para que aparentemente se cumplan los Derechos Sexuales y reproductivos que tan invisibilizados están en las prácticas sociales, médicas, y de salud mental.

La persistente idea de que la cura radica en la obediencia hacia los direccionamientos de los y las doctoras, el acompañamiento del área de psicología ratificando estos discursos y el poder de ayuda que tiene el área de trabajo social somete a las mujeres con HPV a procesos de disciplinamiento. Originan así una transformación sobre el cuerpo y la sexualidad que deriva en “cuerpos dóciles”, y genera en las mujeres situaciones de depresión, paranoia, ansiedad, y desgaste emocional; todo esto desencadenado por la culpa social de portar una enfermedad altamente estigmatizante. Es allí donde lo individual, a la vez, es social y político.

Capítulo 4

Experiencias de mujeres con HPV

4.1. Introducción

Los relatos, comunicaciones, expresiones y experiencias de las 20 mujeres que tienen el Virus del Papiloma Humano (HPV), forjan historias importantes para la creación del presente capítulo. A través de entrevistas semiestructuradas logramos acercarnos a las realidades de estas mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo. De manera general viven al sur de Quito y en cantones aledaños, además algunas de ellas fueron remitidas desde otras ciudades del país, la mayoría cursaron la primaria, secundaria y tan solo una cursó el nivel superior.

En este capítulo, se plasma el trabajo etnográfico y la imbricación teórica de la construcción del cuerpo, la sexualidad y las relaciones sentimentales violentas junto con el peso de la estigmatización de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Además, se detalla cómo las prácticas se formalizan en el contexto de las relaciones de poder, con técnicas como la vigilancia, el castigo, el disciplinamiento y la medicalización de los cuerpos.

4.2. Estigmatización de las infecciones de transmisión sexual

El estigma tiene la finalidad de mantener el control sobre personas que no son consideradas normales o que no siguen ciertas normas definidas por los grupos dominantes, reproduciendo las distintas desigualdades basadas en el género, raza, clase, etnicidad y preferencia sexual. Otros trabajos muestran los distintos abordajes teóricos para analizar el estigma e identifican que las diferencias de poder social, cultural, económico y político delimitan lo que se define como estigmatizante (Link y Phelan; Castro y Farmer en Arellano y Castro 2013, 264).

El término estigma, según Goffman ([1963] 2006), es utilizado para hacer referencia a un atributo desacreditador. El autor divide a los estigmas de acuerdo con sus atributos, en tres: el primero pertenece a enfermedades, anomalías y deformidades físicas; el segundo, descende de creencias falsas, pasiones antinaturales y de falta de voluntad; y, el tercero, se relaciona con las condiciones heredadas, las prácticas religiosas, étnicas o nacionales. Las tres instancias corresponden al incumplimiento de las normativas sociales y estereotipos fijados

socialmente, entonces las personas serán discriminadas, cuestionadas y su valor social será dual y se verá afectado (Goffman en Arellano y Castro 2013, 265).

Morrison (2006) expresó en sus estudios una alianza entre las infecciones de transmisión sexual y el estigma encontrando tres fases de un ciclo: el estigma, la discriminación y el estigma interno. El estigma está relacionado con una serie de percepciones y actitudes sobre un atributo evaluado como negativo que lleva a comportamientos discriminatorios, y el estigma interno tiene que ver con la aceptación e internalización de estos atributos que lo hacen susceptible de discriminación (Morrison en Arellano y Castro 2013, 265).

Las mujeres entrevistadas afirman sentirse “diferentes” luego de que las doctoras del hospital les confirmaran el diagnóstico de HPV. Siguiendo a Goffman ([1963] 2006) este sentir las coloca en la posición de “individuos estigmatizados”. A continuación, en detalle lo expuesto por Bertha:

Yo me enteré que tenía algo malo, en el centro de salud, luego me dieron el pase acá, y la doctora me dijo que tenía este virus [llanto] para mí fue horrible, que miedo que me entró, me sentí distinta, yo no soy feliz como antes, como que algo dentro de mí se destruyó, yo lloraba ahí y lloro hasta ahora; de eso ya un año, me siento dañada. Me daba una vergüenza contarle a alguien, pero yo sabía que el único que me pudo contagiar fue mi marido, entonces solo los dositos sabemos, pero hasta ahora no le perdono que me haya pasado esto que ha sido mortal, yo tengo todo el poder de culparle porque yo era virgen cuando me casé y nunca le traicioné (“Bertha”, paciente en entrevista con Solange Rivera, noviembre 2017).

La vergüenza de la que habla Bertha corresponde a un estigma interno, se evidencia una afectación de la percepción de sí misma, es decir, acepta al estigma y este se refleja en la culpa y la denigración. Esto sucede a causa de la visión que tiene en torno a la enfermedad y a lo incurable que resulta este virus, como consecuencia, ella se ha retraído, por tanto, no puede llevar una vida plena (Morrison y Solís et al. en Arellano y Castro 2013).

Al sur de Quito, el ideal de una “buena mujer” es aquella que se dedica a las labores de casa, el cuidado de los hijos, es decir, al cumplimiento de roles asignados socialmente a las mujeres al interior del hogar, son las “protectoras”, y han dejado de lado sus intereses personales, profesionales y expectativas de crecimiento en todo ámbito por suplir las necesidades familiares (“Dra. A.L.”, doctora en entrevista con Solange Rivera, noviembre 2017).

Para la mayoría de las mujeres que fueron parte de esta investigación las conductas sexuales “anormales” de otras mujeres en torno a su sexualidad, y por “anormales” se referían a tener relaciones sexuales con varias parejas y al no usar el preservativo, las colocaba en una posición de “mujeres no tan buenas” y “alocadas”. Entonces cuando recibían la noticia de estar contagiadas con HPV, se cuestionaron sobre sus propias prácticas sexuales (Nota de diario de campo, 27 de enero del 2018). Un ejemplo de ello es lo que le sucedió a Ely quien expresa:

Quando yo me enteré que tenía este virus, me sentí impotente. Es que yo paso en mi casa, cuido a mis hijos, terminé el superior, pero no trabajo, porque me quedo en casa, para que nada les falte a ellos. Yo no soy una “mala mujer” como para que justo a mí me salga este virus, me sentí mal, porque primero no sabía a quién culpar, no sabía si tenía la culpa yo o mi esposo. Luego ya hablé con la doctora y nos explicó, pero yo jamás le conté a mis hermanas o a mis amigas, usted sabe que la gente es mala a veces y pueden hablar cosas que no son, a la final no entienden de que se trata el virus, mejor es callarse (Entrevista a “Ely” por Solange Rivera, enero 2018).

Con la narrativa de Ely se denota lo que Solís (2009) afirmó en cuanto al funcionamiento del estigma interno. La paciente se autopercibe con atributos desacreditadores, provocándole miedo a ser señalada y criticada. Es importante subrayar que estas emociones y sentimientos se ven envueltos en este estigma por construcciones sociales como los discursos y prácticas a los que se encuentran expuestas las mujeres entrevistadas tal como lo señala Patricia:

A mí cuando me dijeron que tenía el virus yo estaba tranquila, dije: «bueno, ya pasará, tendré que curarme y ya», eso fue en el centro de salud. Pero me dio una cosa feísima, cuando fui a consulta del hospital y la doctora me preguntó que si había tenido más de tres parejas sexuales, ahí me dio una vergüenza terrible, porque yo sí tuve más de tres parejas pero nunca pensé que una de ellas me fuera a transmitir esta enfermedad, ya que yo les di mi confianza, y me sentí culpable, hecho pedazos por no usar condón, esa pregunta me marcó, yo sí me sentí mal y como que cuando respondí y dije que sí, no sé la doctora me vio raro (“Patricia”, paciente en entrevista con Solange Rivera, febrero 2018).

El lenguaje verbal y no verbal de las doctoras genera emociones compartidas entre las entrevistadas, y el estigma interno se vuelve explícito (Goffman 1989) entre ellas. Las

mujeres van internalizando las normas de control sobre sus cuerpos y su sexualidad, asumiendo primero al virus como una enfermedad incurable, acatando luego las “sugerencias” para modificar sus conductas sexuales lo cual conlleva autopercepciones de culpa, miedo, y vergüenza, y por último, creando un sistema limitante de comunicaciones con sus redes de apoyo y sociales, y aislándose emocional y sexualmente de sus parejas. En la consulta se sienten juzgadas y cuestionadas reproduciendo el primer estigma del atributo relacionado con la enfermedad, lo que sin lugar a dudas deteriora su integridad como seres humanos (Goffman en Arellano y Castro 2013).

4.3. El miedo a la muerte y sus implicaciones

4.3.1. HPV: ¿sinónimo de cáncer y muerte?

Para Thomas la muerte tiene cuatro características particulares, es natural, cotidiana, aleatoria y universal. Al referirse a la universalidad se asume que todo lo que es, está destinado a perecer o desaparecer. “Esta desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales” (Thomas en Bustamante 2011, 26).

Debido al sinnúmero de datos expuestos en internet, revistas, medios de comunicación, etc., las participantes comparten un sentimiento común: el miedo a desarrollar en un futuro Cáncer Cervicouterino (CCU) y posteriormente sin tratamiento, enfrentarse a la muerte. Una de las primeras inquietudes con las que llegaron a la consulta de colposcopia, durante las sesiones de observación participante, fue: “¿Voy a tener cáncer?” y en relación directa con esta pregunta surgía una segunda: “y si tengo cáncer, ¿voy a morir?” (Nota de diario de campo, 25 de enero del 2018). Es así como lo plasma Maritza al subrayar:

Yo tengo 4 hijos, el mayor tiene 16 y la más chiquita 2 añitos, mi esposo ahora es que trabaja en Quito, pero más antes solo en el Oriente vivía, igual no se cuenta con él, por eso lo que tengo miedo es a no curarme, a que me de esos canceres malos y me muera. Luego con quien se quedan mis hijos, mi marido no les tiene paciencia [llanto], además me los maltrata, por eso vengo a los chequeos, yo lo único que deseo más que nada es que ya se me vaya esta enfermedad, yo ya me prometí que me voy a cuidar (Entrevista a “Maritza” por Solange Rivera, enero 2018).

Por lo general las doctoras del área de Colposcopia del HGONA, les explican a las pacientes que tan solo al poseer cepas como la 16, 18 y 55 el virus podría avanzar rápidamente y se desarrollaría cáncer en cualquier zona afectada. Aunque esta información aparece en las páginas oficiales de salud como la OMS o el Instituto Nacional del Cáncer, las pacientes siguen teniendo temor al virus y a su posible avance, por lo que su visión del futuro se mantiene con incertidumbres apoyadas en la construcción social que poseemos las personas sobre la muerte como una amenaza constante y que simboliza el fin de la existencia.

Para las pacientes, este fin se une al tema familiar y de cuidado en el que se construyó su realidad. Al morir las mujeres quedarían expulsadas de esta comunión humana familiar, y se invisibilizaría sus accionares y protección, siendo finalmente olvidadas. Imaginan que sus hijos e hijas podrían tomar caminos “equivocados” sin su presencia como el de las drogas, la delincuencia, o casarse a una edad prematura con alguien que no aman (Bustamante 2011, 26-27). Temen que los padres por la deficiente o nula construcción en el rol de cuidado y enseñanza a los hijos e hijas, no podrían resolver los conflictos antes descritos, y mucho menos tratar de suplir el papel de madre, como lo subraya Yomaira en su narrativa:

Yo soy del Coca, y tengo el virus hace dos años, me lo detectaron, y sí me da miedo morirme y que me de cáncer, porque oiga allá en mi tierra es difícil, casi nadie sale de esa situación. Además, tengo tres hijas mujeres, el papá de ellas se largó y me dejó esta enfermedad, yo cubro todo lo de las niñas. Si yo les llego a faltar, se me casan o me las hace el daño cualquier hombre, por eso yo es que le pido a la doctora que me ayude con los turnos y que me atienda si me atraso porque es que vengo de lejos, gastando y todo para que acá me curen porque allá me sale caro en las clínicas esas privadas que hay (“Yomaira”, paciente en entrevista con Solange Rivera, febrero 2018).

Sin lugar a dudas, el miedo a la muerte, en las entrevistadas constituye en sí mismo un universal. Mientras las que tenían hijos e hijas se preocupan por ellos y se desplazan como cuerpos y seres humanos para dar prioridad a lo que podrían sentir, pasar sus seres queridos tras su ausencia. Las que no tienen hijos e hijas le tienen miedo a ser estigmatizadas por estar solas, como es el caso de Raquel, quien comenta:

Bueno, cuando me enteré que tenía este virus, sí que me dio miedo, porque pensaba que iba a morir, visité un doctor particular y él me dijo que estaba enferma y que prácticamente no podría tener hijos en un futuro porque me sacarían mi útero y tampoco es que viviría muchos

años. Eso me hacía sentir infeliz. En ese momento solo me repetía por qué a mí, por qué no voy a tener hijos, voy a vivir sola y seré triste, además si ha de ser feo morir sin que nadie le cuide y le vaya a ver qué es lo que hacen los hijos, yo si vi mi futuro como algo donde no quería existir, me puse tan triste que hasta pensé en que yo no valía nada. Entonces me dieron el pase acá y ya me siento mejor, ya no sangro tanto, y la doctora dijo que no me voy a morir, que no es tan grave (“Raquel”, paciente en entrevista con Solange Rivera, noviembre 2017).

Es evidente que las mujeres entrevistadas tienen miedo a dejar de lado el papel que se les asignó socialmente como procreadoras, y en lo posterior ser estigmatizadas por ello. Debido a que el solo hecho de imaginar que el virus ataque a las células uterinas, partiendo de la idea de que el útero es un órgano idealizado como la representación de una mujer desde el punto biológico.

Si la mujer pierde este órgano, existe la concepción de que pierde su “ser mujer”; las participantes piensan que al perder el útero, sus funciones como ser humano han concluido, y han quedado en un proceso de “discapacidad”, por lo tanto no deberán ser amadas por ningún hombre, puesto que lo más “esencial” se ha ido con el cáncer, y con ello la oportunidad de tener hijos y formar una “familia perfecta” (Nota de diario de campo, 12 de diciembre del 2017). Esta construcción corresponde a una realidad en la que el cuerpo físico femenino es visto como el cuerpo del deber y no del placer (Galicia et al. 2013).

4.4. Proceso de medicalización de la salud: ¿cómo se cuantifica el deseo de tener descendientes luego del diagnóstico de HPV?

Otra de las preguntas que mayor repetición tuvo entre las pacientes entrevistadas, en el momento de la consulta en Colposcopia a las galenas fue: “¿con este virus, voy a poder tener hijos/as?” Las doctoras siempre tuvieron respuestas afirmativas generando confianza y empatía con las mujeres, les proponían seguir los múltiples tratamientos desde quemar las verrugas con ácido hasta someterse a operaciones que eliminarían los avances del virus a nivel celular. En el plano psicológico, recomendaban asistir a terapia para sanar asuntos del pasado y así estar preparadas para tener hijos e hijas. El énfasis no es en el tipo de tratamiento que se aplique, sino en la adherencia de las mujeres al tratamiento (Nota de diario de campo, 15 de diciembre del 2017).

Estos discursos corresponden a la medicalización de los cuerpos, que por una parte construyen “consumidoras”, y por otra, crean el efecto de desactivación de las potencias individuales y colectivas en las mujeres para dar paso a centralizar a la persona en la causa y en el tratamiento del malestar. La medicalización funciona como un proceso de circuitos de dependencia controlando a las mujeres a través de la imposición de categorías diagnósticas, y del incremento de la prescripción y consumo de todo tipo de medicamentos (Mayes y Horwitz en Natella 2008).

Para realizar un análisis más amplio acerca de las experiencias de las mujeres, estas fueron divididas en dos grupos. El primero está integrado por aquellas mujeres que tienen algún impedimento biológico o psicológico para embarazarse y adicional a ello son portadoras del virus. Mientras que el grupo número dos, está constituido por mujeres que tienen miedo a embarazarse luego de ser diagnosticadas con el virus o a no poder tener descendencia en lo adelante.

El problema radica en que los discursos y prácticas médicas, sociales y de salud mental penetran tanto en sus percepciones que se cuestionan si sus descendientes podrán o no tener una vida saludable. A continuación, se presenta la experiencia de Paola, quien pertenece al primer grupo de mujeres entrevistadas:

Tengo 34 años, y nunca tuve hijos, tengo una pareja que me pide tener bebés, y estamos pensando en hacerme algún tratamiento para tener una hija, yo no quiero adoptar. Esta noticia del virus sí me da mucha tristeza y dolor, porque la doctora me dijo que primero debe quemarme las verrugas y luego con tratamiento largo, me puedo quedar embarazada si Dios quiere. Yo estoy dispuesta a hacerme todos los exámenes que haya que hacerse, porque yo sueño con tener una hijita, además sí me da miedo cuando luego cumpla 40 y ya esté más vieja y mi pareja me bote por no darle una hija. Eso, le soy sincera, me causa ansiedad, solo le pido a Dios que me ayude a tener una bebé sana (“Paola”, paciente en entrevista con Solange Rivera, febrero 2018).

La procreación es un fenómeno complejo que alinea lo biológico y lo social, que tiene como objetivo cambiar el estatus de los progenitores, y reconstruir vínculos, por esta razón cuando la infertilidad aparece, afecta integralmente a las mujeres, en su cuerpo y en su personalidad social. Por esto es que los múltiples tratamientos no buscan curar la infertilidad aun cuando la

mujer se queda embarazada, lo que proporcionan es un hijo o hija biológica a las pacientes, reproduciendo no solo un rol social: el “ser madres”, sino que reproducen vínculos de consanguinidad (Strathern en Camps et. al 2003, 17).

El biologizar la procreación es el resultado de un intenso proceso de medicalización, a través de la uniformización y reducción significativa de la procreación a su dimensión biológica, sometiendo a un mismo disciplinamiento a los cuerpos. Para Natella (2008) la promesa de que una mujer logre alcanzar el sueño de ser madre, está íntimamente relacionada con su estrato socioeconómico y su posicionamiento, debido a que los tratamientos son costosos y no todas las mujeres que tienen este sueño lo cumplirán.

Por tanto, la salud es un negocio, donde la medicalización va de la mano con la economía. De ese modo, los cuerpos de las mujeres enfermas, ya sea por ser portadoras del virus o por ser infértiles, son catalogados como mercancías. El sector médico promueve ofertas que luego se transforman en demandas, y las pacientes devienen insumos y materias primas del proceso de acumulación capitalista (Martins en Natella 2008, 13).

“La nueva medicina colabora en concretar un sueño individualista y narcisista de autocreación. La expulsión de la vejez y la muerte son dos productos ofrecidos en el mercado, que moldea cuerpos y almas a gusto del consumidor” (Sibilia en Natella 2008, 14). La “venta de tratamientos” a quien pueda pagarlos, es la muestra irrefutable entre el escaso acceso a la salud de casi toda la población y el sobreuso de servicios y fármacos de un grupo minoritario (Natella 2008, 14). Este es el caso de Gabriela, quien pertenece al segundo grupo de mujeres entrevistadas:

Yo tengo un hijo de 17 años que simboliza mi apoyo, soy madre soltera, me quedé embarazada a los 16 años en el colegio, luego terminé el bachillerato y no pisé la Universidad, soy empleada pública y con eso me mantengo. La doctora me dio el resultado de mis exámenes y tengo el virus del papiloma, el problema más importante es que yo, ya estaba programando con mi pareja tener un bebé, y me dio bastante miedo porque a pesar que me dicen que sí puedo tener hijos aun teniendo el virus, tengo pavor que por eso mi hijo salga enfermo. Otro miedo que tengo es que la pareja con la que estoy, está casado, y él me prometió que si le daba un hijo, terminaría con su esposa, yo por eso quiero curarme y así tener rápido a mi hijo (“Gabriela”, paciente en entrevista con Solange Rivera, enero 2018).

La paciente en consulta de Colposcopia le preguntó a la doctora si sería oportuno inyectarse la vacuna contra el HPV, ahora que es portadora del virus. La galena respondió que la vacuna casi no tiene efectos positivos una vez que se ha contraído el virus, pero que si desea puede inyectarse y estar protegida ante otras cepas del virus. La profesional le sugirió asistir a psicología y “aclarar su problemática” (Nota de diario de campo, 19 de enero del 2018). La entrevistada acepta y luego de su primera consulta psicológica comenta:

Sí me hizo bien ir a psicología, ahí la doctora me dijo que me cure del virus, o sea, de esas verrugas, para que tenga un bebé saludable, que no me preocupe que, si ya tuve un hijo antes sano, no tendría inconveniente en tener otro, pero eso sí me dijo que piense bien si quería tenerlo con mi pareja. Ahora yo estoy dispuesta a curarme, yo estoy segura que seré feliz teniendo otro hijo y le haré feliz a mi pareja, entonces ya ni miedo me da que me haga el tratamiento la doctora y si es de pagar por el tratamiento para tener hijos será de sacar de donde no hay (Entrevista a “Gabriela” por Solange Rivera, febrero 2018).

La atención que recibió la paciente por parte de la doctora y la psicóloga clínica corresponden a un modelo clínico-asistencial, donde existe una lógica hegemónica en la intervención. El ir a las consultas causó un efecto de “alivio” en los miedos y sufrimientos de la entrevistada, ese alivio tiene un efecto placebo, dado que los mecanismos de lenguaje utilizados a través de los discursos y prácticas tratan de apropiarse de la totalidad de la vida de las mujeres sometidas a la intervención sanitaria.

Al final se moldea con recetas verbales y de comportamiento, el actuar y las elecciones de las pacientes, porque no se priorizan ni instituyen el acompañamiento en la toma de decisiones y resolución de conflictos cotidianos a los que enfrenta la usuaria, para así tratar de garantizar el derecho a la salud. Estas “recetas” verbales reflejan nuevas formas de medicalización de la salud mental y de la sexualidad (Natella 2008, 30-34).

4.5. Viviendo la sexualidad y la construcción de nuevos cuerpos con HPV

La construcción de la sexualidad para cada una de las mujeres que fueron parte del proyecto investigativo tuvo pequeñas o grandes modificaciones luego de enterarse de la presencia del virus. Dado a que, al ingresar a consulta de Colposcopia, las doctoras emiten ciertas recomendaciones, sugerencias, y consejos para que los tratamientos sean exitosos.

Entonces es en ese momento donde las palabras “estilo de vida” y “riesgo” se toman de la mano y se conjugan en casi todos los discursos y prácticas ya no solamente médicos, sino también sociales, de salud mental, y las pacientes los concientizan como principios de vida. Indudablemente esto genera cambios en la visión acerca de sus cuerpos, del ideal de proyectarse como cuerpos “sanos”, ahora son cuerpos distintos y “enfermos”, que emprenden una lucha contra el estigma de miedos anteriores al virus y nuevos miedos post diagnóstico, como es el caso de Gloria, quien afirma:

Yo todas las mañanas salía a caminar, no tengo gordura, me cuidaba tomando jugos naturales, con decirle que ni las gripes me daban, hasta que hace cinco meses me comenzó un sangrado, y sin estar menstruando. Me fui al centro de salud, entré bien y ahora míreme, luego me dieron el pase a este hospital, y aquí me dijeron que tengo un virus. Desde ahí todo cambió, o sea, no tengo relaciones sin condón con mi esposo, soy muy cuidadosa, a pesar [de] que la doctora me dijo que este virus no se pasa por el uso de la toalla, a mis hijos les di a cada uno su toalla, me hago aseos, como nunca me gustaron las grasas pues no fue nuevo para mí mejorar mi alimentación. Mi estilo de vida debía cambiar dijo la doctora, porque podría ponerme en riesgo si no vengo a los exámenes, los chequeos, yo no me quiero morir, y por eso soy muy cumplida. Yo lo hablé con mi esposo y para qué negarlo sí nos enojamos al inicio, pero luego ya pues qué más da, ahora evitamos insultarnos. Usted debe saber más, por ser psicóloga yo me siento enferma a pesar que no sienta dolor, me siento muy enferma, y como que no me gusta mi cuerpo ahora, como que me da asco (“Gloria”, paciente en entrevista con Solange Rivera, noviembre 2017).

Constituye una estrategia médica el hablar abiertamente sobre lo que se debe y no se debe hacer con la sexualidad. Por medio de consejos (pláticas), dado que los objetivos que se manejan desde la Biomedicina pretenden crear en las mujeres el imaginario de que aparentemente “eligen” y actúan en términos intencionales y “responsables” acerca de su futuro, evidencia de cómo se juega con su percepción de la salud y la enfermedad (Menéndez 1998, 50).

En el caso de Gloria la meta es recuperar su salud, porque se sentía saludable antes del diagnóstico, y por supuesto no desea morir. A través del discurso de cuidado, y de cambio se controlan los posibles riesgos en la salud de la paciente, hay modificaciones en hábitos específicos y con esto se reducen las implicaciones económicas que el Estado tendría que

afrontar si su diagnóstico empeorara. En ese camino Gloria se siente culpable, y lo expresa a través del “repudio” a su cuerpo.

Debido a que los seres humanos percibimos nuestra existencia por medio de formas corporales toda modificación al cuerpo, en forma, supondría un cambio de identidad, por esta razón la entrevistada siente asco de su cuerpo. El estar “enferma” perturba la visión de los demás y esa peculiaridad es lo que le preocupa, ya que el cuerpo es otra forma de pensar del mundo y a la vez constituye un vínculo social. Un virus habitando en su cuerpo, causa una experiencia de desorden y ese desorden se proyecta en la coherencia para entender a los cuerpos sociales o simplemente no entenderlos (Le Breton 1994).

La experiencia es el proceso por el cual se construye la subjetividad para todos los seres sociales. A través de ese proceso uno se ubica o es ubicado en la realidad social y de ese modo percibe y comprende como subjetivas (referidas a y originadas en uno mismo) esas relaciones –materiales, económicas e interpersonales– que de hecho son sociales y, en una perspectiva más amplia, históricas (De Laurentis en Scott [1992] 2001, 53).

Retomando el tema de la identidad y conjugándola con la experiencia, se imbrican estos dos elementos para marcar un antes y un después del diagnóstico que recae sobre los cuerpos de las mujeres de formas singulares, como es el caso de Tatiana quien expone:

En torno a mi cuerpo, yo me sentía normal, antes del diagnóstico, o sea, nunca me dolió nada, y ahora tampoco me duele nada, –eso de lo físico–, pero emocionalmente sí hay cambios, cuando yo me enteré que tenía la enfermedad, terminé con mi pareja al que yo le culpé de esto. Luego me costó un montón de tiempo volver a estar con alguien nuevo, porque no sabía si contarle que tengo esto o no, incluso un chico, mi novio actual, se quiere casar conmigo y no hemos tenido relaciones aún, yo le doy las vueltas pero él ya quiere, yo soy la que no quiere porque me siento mal, no quiero contarle, ni tener nada con él, me da miedo que me juzgue y yo sí me identifico como alguien sucio, y creo que no me merezco nada bueno (“Tatiana”, paciente en entrevista con Solange Rivera, enero 2018).

Las percepciones de la entrevistada Tatiana en torno a su identidad han sufrido cambios por la presencia de una experiencia que opera dentro de una construcción ideológica que naturaliza las siguientes categorías: mujer, mestiza, enferma, estigmatizada y violentada. Estas características reescriben en la configuración de la identidad de la paciente, el miedo al que se

enfrenta como consecuencia del género al que pertenece y de la clase social de la que viene. Hay un cambio trascendental en la identidad personal que puede activar lo político como resistencia al patriarcado en esa lucha constante por aceptar su propio cuerpo y eliminar la categorización (Scott [1992] 2001, 57-58).

Para Butler (2002) los cuerpos excluidos o desterrados de la esfera del “sexo” impuesta por la heterosexualidad, no se materializan debido a que la materia se sedimenta en los discursos y prácticas acerca de la sexualidad “normal”, y un cuerpo enfermo no es el mejor referente ‘normalidad’, además de que es ampliamente violentado. La propuesta de la autora es resistir a través de la modificación y deslocalización de la materia, habilitando posibilidades para que los cuerpos importen de otro modo, y que la materialidad se una a la significación mediante el lenguaje (Butler 2002, 54-58). Solo así, variarían las construcciones de miedo que presentan algunas de las pacientes entrevistadas.

4.6. ¿La presencia del HPV influye en el aumento de la violencia de género y en pareja?

La violencia contra las mujeres afecta de manera global a todos y todas alrededor del mundo. Las violencias se presentan de diversas maneras y se encuentran sustancialmente fabricadas en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, donde lo masculino desvaloriza y tiene privilegios sobre lo femenino, estableciendo formas de control que marcan los cuerpos de millones de niñas, adolescentes y mujeres adultas (Registro oficial Ecuador 2018).

En Ecuador la violencia se encuentra naturalizada, a través de varias prácticas coercitivas. El artículo 4 de la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres define a la violencia de género como: “cualquier omisión o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado” (Ley Orgánica Integral 2017, 7).

Dentro de las relaciones de poder que se formulan en las parejas en noviazgo, matrimonio o unión libre, resisten las prácticas arraigadas de misoginia y patriarcado. En Ecuador con el paso del tiempo, aunque son más visibles estos hechos, persiste una desigualdad en la distribución de poder entre hombres y mujeres. Muestra de ello es la continuidad de las nociones del amor-sacrificio, donde las mujeres buscan el crecimiento personal y profesional de sus familiares, esposo, hijos e hijas, postergando su bienestar emocional y sus propias

metas, mientras que los hombres no se cuestionan acerca sus logros y lo fácil que se les puede tornar conseguir trabajo sin vivir actos de discriminación continuamente (Camacho 2014, 32).

Los datos que arrojó la “Encuesta de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres”, realizada en el 2011, confirma que 6 de cada 10 mujeres declaran haber vivido una o más formas de violencia de género, entre ellas física, psicológica, sexual o patrimonial, por parte de personas conocidas y extrañas, en distintos ámbitos sociales. Sobresale el sector de la Sierra Ecuatoriana donde se producen actos violentos en un 39,1%.

Pero, ¿quiénes son las personas que agreden a las mujeres?, en un 87,3% los victimarios son sus parejas y exparejas. Los factores desencadenantes de la violencia son múltiples, inician con celos, el consumo de sustancias, infidelidades, problemas económicos hasta un nuevo embarazo o el no estar embarazada, es decir, para los hombres casi cualquier justificativo es una muy buena razón para golpear, ofender, robar o abusar de las mujeres (Camacho 2014, 42).

Las mujeres que asisten al HGONA afirman que estas acometidas, expuestas hace 7 años por el INEC, recobran fuerza y se siguen presentando en el día a día en las relaciones afectuosas que tienen con sus parejas, como es el caso de Doris:

Yo tengo 67 años, tuve 5 hijos, y me obligaron a casarme con el que era mi esposo a la edad de 18, yo no le quería, ni el a mí, eso se notaba, pero bueno ya que más da. Yo no es que me alegre que se haya muerto hace un año, pero en realidad me siento más tranquila; el mucho me pegaba, me daba puñetes, me pellizcaba, y eso que yo era buena con él, hacía todo lo de la casa. Solo cuando mi hija nos llevó a Estados Unidos solo ahí, ya no me pegaba tanto, pero por lo demás, olvídese, lo peor que me pasó antes que fallezca es que ya me vine a hacer revisar y me dicen que tengo esta enfermedad, yo bien dolida, le voy pues a reclamar que él me ha pasado el virus, olvídese, me pegó, me arrastró, me dijo que era una puta, que era una zorra, que yo he sido infiel, casi me mata, así enfermo como estaba casi me mata. Como me arrepentí de haberle dicho, mejor me quedaba callada (“Doris”, paciente en entrevista con Solange Rivera, marzo 2018).

Doris vivió una serie de violencias por casi 50 años, su vida se vio seriamente afectada. Por ejemplo, en el área laboral su esposo le había prohibido trabajar para una empresa pública o privada; él prefería que ella se quede en casa para cumplir con los roles tradicionales de

cuidado, y solo los fines de semana le ayude en el negocio de venta de frutas en un mercado de Quito. En lo profesional, al ser obligada a casarse tan joven, su conviviente pasó a ser el hombre “que cuidaba de su cuerpo”, por esta razón no le dejó culminar el bachillerato, ni tampoco ingresar a la Universidad.

Doris recordó: “Él me decía: «para qué estudiar, si bien qué has de ir a conseguir mozo, quédate aquí, y sienta el culo a cuidar a tus hijos»”. En el área sexual, Doris afirma que sufrió violaciones por parte de su esposo en repetidas ocasiones, y que hubo un agravante luego de que le contara acerca de la presencia del HPV; su conviviente se rehusaba a tener relaciones sexuales y luego bajo los efectos del alcohol violaba a Doris, la golpeaba y ahorcaba, gritándole: “Eres una puta, por eso te quiero matar por puta” (Entrevista a “Doris” por Solange Rivera, marzo 2018).

La violencia física y psicológica no son las únicas formas que laceran la vida de una mujer, a esto se suma la violencia sexual y patrimonial, este último tipo de violencia se encuentra tipificada como “toda acción u omisión que se dirija a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres, incluidos aquellos de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes de las uniones de hecho” (Ley Orgánica Integral 2017, 10).

Es importante recalcar que en Ecuador la violencia patrimonial se evidencia de mayor forma en el pueblo afroecuatoriano con un 23,5% (Camacho 2014, 32). Así lo ilustra este fragmento de la historia de Teresa:

Yo soy de Esmeraldas, tengo el virus desde hace 6 meses, mi esposo reaccionó mal cuando le conté, bueno él siempre ha sido grosero conmigo, y claro yo cuando me enteré no me quedé callada, le grité que era un maldito, imagínese tengo dos pequeñas niñas, y yo sé que él me lo pasó, entonces desde que le dije, me grita, pero no me pega, eso es lo bueno. Lo que sí es que me molesta que él me quite mi plata y me dice, «te la quito para que no te largues a mocear o con cualquiera y luego vengas enferma». Yo al principio me negaba a dársela, pero luego ya se la doy no más, sino hay muchos problemas, así que yo me quedo con algunos centavos para vivir, pero no me alcanza ya estoy mejor pensando en botarlo, porque se me come todo (“Teresa”, paciente en entrevista con Solange Rivera, febrero 2018).

La experiencia de Teresa nos muestra que al igual que la mayoría de mujeres entrevistadas, ya sufrían algunos tipos de violencia emitidas por sus parejas, convivientes y excompañeros antes de ser diagnosticadas con HPV. Los actos violentos solo se agravaron con la noticia, pero en este caso en especial se cumple lo expuesto por el INEC en el 2011. Teresa es afroecuatoriana y sufre violencia patrimonial con mayor peso que las demás pacientes, las razones para explicar este proceso corresponden a que las mujeres que se identifican como blancas pertenecen a estratos socioeconómicos más altos, con mayor acceso a la educación, es decir, tienen mejores oportunidades en todo ámbito.

De igual modo, las mujeres que sobreviven en la región donde nació Teresa están expuestas a una doble o triple discriminación: por ser pobres, por su condición de género, y por su pertenencia étnico-cultural. A esto se suma la creencia machista de que las mujeres de la región costa son “calientes”, una visión hipersexualizada. En la narrativa de Teresa la parte que ratifica esta instancia es la razón por la que su pareja le retiene el dinero que gana como cocinera (Hernández en Camacho 2014, 34-35).

Todas las violencias, pero en especial la patrimonial es auspiciada insistentemente por el amor romántico y la confianza que se deriva del mismo, la fe en que el varón protegerá los derechos de la mujer, es una de las farsas más habituales dentro de las relaciones románticas. A esto se añaden los miedos de generar las discusiones en torno a asuntos materiales y que estos puedan romper la “armonía” de la relación, obligando a las mujeres a demandar los derechos de propiedad para sus hijos más que para ellas mismas.

Deere (2014) explica que una solución viable para combatir estos proceder es que las mujeres conozcan de sus derechos antes de poder demandarlos creando un contexto favorable en el que se sientan apoyadas antes de hacerlo. Este contexto debe ser impulsado también desde el sistema de gobierno, por tanto, los y las abogadas y jueces necesitan adquirir mejores conocimientos y mayor práctica en derecho familiar (Contreras, Deere y Twyman 2014, 115-116).

4.7. Conclusiones

La estigmatización que han vivido y siguen viviendo las mujeres por el simple hecho de ser mujeres, causa un rechazo evidente en cómo se perciben individual y socialmente, reforzando visiones catastróficas sobre el futuro y su sexualidad, al no seguir estándares de moralidad y

“normalidad”. La presencia del Virus del Papiloma Humano inclinó a las mujeres participantes a aislarse y solamente compartir sus experiencias con sus parejas quienes probablemente fueron las personas que les transmitieron el virus y que no representan un proceso de apoyo en el duelo que viven a causa de esta enfermedad.

El silencio y el secreto que guardan estas mujeres afecta simbólica y estructuralmente su vida en varios ámbitos, y el más representativo es el comunitario. La falta de diálogo con otras mujeres por miedo a ser juzgadas propicia que se creen mitos, y con ello más formas de disciplinamiento y castigo en el área de la Biomedicina cuando busca gobernar los cuerpos de las mujeres.

El área familiar y su conformación es quizás una de los aspectos que mayor afectación tiene, luego del diagnóstico de HPV. El abandono emocional que las mujeres realizan porque sus familias ingresen al plano de la “felicidad” es sustancial, se autovulneran y soportan distintos procesos de violencia, además están limitadas a mostrar su emocionalidad ante la percepción de sentencia de muerte física y sociocultural que han desarrollado por una enfermedad que se transmite por vía sexual. Desafiando sus estándares de cuidado y permitiéndose poner en duda su rol de madre y de cuidadora principalmente, colocan al cáncer y a la muerte como la tragedia que deben evitar a cualquier costo con la finalidad de sentirse y seguir siendo “una buena mujer” (Galicía et. al 2013, 10).

Las violencias a las que están sometidas las mujeres no solo se cristalizan en la pareja, también tienen una expresión a nivel estatal y surgen desde el proceso estructural que somete sus cuerpos a las prácticas de la medicina moderna donde solución y trastornos se crean en los mismos laboratorios. La popularidad de los clasificadores médicos y psiquiátricos, que plasman los más “acertados” discursos, crece con la globalización y el capitalismo a un ritmo exorbitante; todo bajo el paraguas del cumplimiento del derecho a la salud, y los programas para reducir daños a futuro. La medicalización contaminó el sistema sanitario construyendo potenciales consumidores de fármacos y tratamientos, lo que pone en peligro la supervivencia de los cuerpos sobre todo de las mujeres pobres.

Las experiencias y narrativas expuestas en este capítulo, no solamente buscan escuchar a mujeres que sí tienen voz, pero que no son escuchadas porque sus vivencias son el claro ejemplo del control y la regulación del sistema sobre sus cuerpos. Es vital entender qué pasa

con su emocionalidad, sus percepciones, las estrategias de resistencia al medio y a la manipulación de la información desde los agentes de salud. Esta articulación crea imaginarios fatalistas en las mujeres que conviven con HPV haciéndolas sentir miserables, seres que ni siquiera pueden pensar en el goce de su sexualidad, o sentir amor por sus cuerpos debido a que han perdido el “respeto” de sus parejas y eso conlleva al automaltrato. El sistema no las quiere libres, las anula, para que tengan vergüenza, y crean que se han quedado sin opciones: es adaptarse al sistema sanitario o esperar la muerte.

Capítulo 5

Conclusiones

La investigación partió de la pregunta ¿cómo se controlan y regulan los cuerpos de las mujeres con HPV que asisten al área de Colposcopia del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA) a través de los discursos médicos, sociales y de salud mental de esta institución? Con la finalidad de responder a este cuestionamiento, se contextualizó el espacio simbólico y estructural donde se cobija al personal de salud y se acoge a las mujeres con HPV.

A través de un proceso etnográfico se seleccionaron fechas concretas en la historia de Quito que muestran el “avance” que impone el gobierno del expresidente Correa con la formación de un medio hospitalario de alta tecnología como lo es el HGONA, cuya misión se sintetiza en resolver todas las dolencias y malestares de las mujeres gestantes y no gestantes, que viven al sur de la ciudad. El desarrollo en el campo de la salud promete abandonar infraestructuras colapsadas, como lo fue la Maternidad Isidro Ayora, cuna del nacimiento de casi toda la población quiteña, hacia medios tecnológicos que ofrecen sistemas de salud/atención óptimos y con ello el cuidado de la salud sexual.

Al interior del HGONA se constata el disciplinamiento del que son parte las mujeres con HPV; la infraestructura imponente delata una organización hospitalaria jerárquica, administrativa y política. La disciplina sobresale como una técnica de ejercicio de poder: la distribución de las áreas, el horario empleado en las atenciones, el diseño de los tratamientos, y las posturas al tomar las muestras, desencadenan vigilancias a tiempo completo, con registros continuos acerca de lo que la paciente toma o al área a que ha sido remitida –en este caso Psicología, o Trabajo Social–. El seguimiento en estas instancias produce individualidad y singularización en las mujeres facilitando varios procesos de medicalización.

Es significativo destacar cómo se inaugura y presenta al hospital que evoca la figura Luz Elena Arismendi mediante la frase “Un hospital con corazón”. El personal de salud desea transmitir que el trabajo se realiza de manera íntegra, y busca resolver cada caso desde una visión humanista. Pero nombre y frase convergen, para que más allá de simbolizar un ideal de lucha y constancia, se perpetúe también simbólicamente, el rol femenino de cuidado. Ruddick (1980) expone que la “práctica maternal” se fundamenta en una serie de discursos que nacen

en las experiencias y actividades de cuidado y con ello la naturalización de la madre amorosa, esos símbolos incentivan a las mujeres que son atendidas a reproducir feminidades hegemónicas con la creencia del instinto materno.

Metodológicamente, se realizaron observaciones participantes en el área de Colposcopia, Psicología y Trabajo social, donde se pudo comprobar semejanzas en los espacios de atención. Por ejemplo, los consultorios médicos son utilizados para llevar a cabo los procesos terapéuticos, esto genera malestar para las profesionales en Psicología clínica y para las pacientes. Sucede que no es lo mismo tratar una dolencia física que una emocional, para la emocional se necesita seguridad y confort, y desde estos requerimientos las pacientes logran explorar todo lo que sienten y hacérselo saber a su terapeuta, pero si el espacio no es el idóneo el proceso terapéutico tampoco avanza con éxito afectando integralmente a la persona.

Una de las diferencias que se verificó es que las y los profesionales de Psicología y Trabajo social a pesar de no contar con el prototipo de espacio tratan de adecuar los consultorios para mejorar su intervención, y que el espacio no les recuerde a las pacientes que se hallan en un hospital, aunque esto es casi inevitable. En estas prácticas se confirma que el saber médico incluso en el área espacial tiene un peso que no se compara con los otros conocimientos, la imposición del modelo de las consultas se afianza en la práctica médica vigente disciplinando jerárquicamente las ciencias y con ello el actuar y los discursos de los y las compañeras de áreas afines a la salud.

Los hallazgos en el capítulo tres se enlazan con las observaciones sobre el espacio hospitalario, teniendo como objetivo identificar los discursos médicos, sociales y de salud mental respecto al cuerpo y a la sexualidad femenina. Como primer punto todos los discursos y prácticas emitidas por los y las profesionales se relacionan con el control de las conductas sexuales, es decir, influyen en las mujeres con HPV para que se autorregulen. La intervención el equipo de salud utiliza tres tipos de discursos: el primero direccionado al cuidado, protección con base en el aseo e higienización de los cuerpos; el segundo tiene que ver con el cumplimiento de los tratamientos para alcanzar una maternidad o no, pero de ser el caso debe ser responsable; y el tercero, mantener la calma para evitar el ideal de muerte y disminuir la violencia en pareja.

Los discursos se amparan en estatutos internacionales, a través de programas emitidos por la OMS y OPS en su mayoría, y que manejan nociones de salud integral desde el paradigma salud/enfermedad/atención, las propuestas de estas organizaciones son aplicadas por el Estado y el Ministerio de Salud Pública. En Ecuador las infecciones de transmisión sexual, como el Virus del Papiloma Humano, son tipificadas como problemas de salud grave por el creciente número de casos de mujeres con precáncer y cáncer cervicouterino. Estas infecciones se perciben relacionadas con el “sexo peligroso”, pobreza, falta de educación, conductas sexuales anormales y promiscuidad, es decir, una falta de cuidado.

Los adjetivos antes descritos son asignados a las mujeres que presentan el virus, debido a que las políticas de Salud las señalan como entes de transmisión activa y al interior del HGONA como mujeres de alto riesgo. Los hombres al no verse afectados estadísticamente por el virus, son tomados como entes pasivos, por tal razón los programas recaen en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El primer eje de los discursos, relacionado con el cuidado, protección con base en la higienización de los cuerpos, se evidencia en las recomendaciones médicas que emiten las profesionales, procuran que el cuerpo ingrese a la normalidad. Si bien es cierto que el virus no podrá ser eliminado del sistema inmunitario, el controlarlo es la vía a seguir. La regulación sobre los cuerpos también se evidencia en el cumplimiento de las peticiones médicas para someterse al examen de Papanicolau, si la paciente no efectúa cualquiera de las indicaciones, inmediatamente sufre violencia obstétrica verbal por medio del uso de diminutivos y gestos que representan el poder del profesional.

En el segundo eje, vinculado con el cumplimiento de los tratamientos para alcanzar una maternidad o no, las prácticas emitidas desde el área médica, social y de salud mental, procura docilitar los cuerpos a través de un orden en el discurso. A continuación, se imbrican los datos empíricos con la teoría foucaultiana ([1982] 2001). En una primera instancia el saber gobierna a las mujeres con HPV a través de la verdad que emiten los y las profesionales, y son los saberes los que ordenan el discurso: primero viene la verdad de los médicos, sigue la de las psicólogas cuyo trabajo es seducir a la paciente con el tratamiento médico y luego el terapéutico, y por último la gestión de trabajo social.

La segunda fase tiene que ver con la racionalización del rol de la mujer en cuanto a la reproducción. Se formulan verdades que conlleven a las mujeres a someterse a exámenes y al proceso de medicalización con un efecto de ganancia: se gana salud y con ello una maternidad responsable. Así no se corre el riesgo de afectarse a futuro y evitan la aparición del cáncer y precáncer, pero aun sin existir el ideal de maternidad los discursos se confabulan para crear ideales de normalidad y bienestar.

En el tercer apartado se encuentra el cuestionamiento; de las 20 mujeres entrevistadas solo una se resistió a seguir los procedimientos científicos, y optó por la medicina ancestral, para concluir la cuarta instancia de la que habla el autor es que entre más actos de resistencia exista por parte de las mujeres con HPV mayor confrontación existiría con el régimen de producción de la verdad, creando otras verdades que no han sido escuchadas.

Volviendo a los ejes, el tercer eje de los discursos, que sostiene mantener la calma para evitar el ideal de muerte y disminuir la violencia en pareja, ocupa las tres prácticas profesionales. Las doctoras proponen no temerles a los tratamientos pues buscan sanar y con ello evitar la muerte, y ayudan a que las parejas mantengan armonía y no se enfrenten por quién contrajo primero el virus. Si este tipo de consejería no funciona, las pacientes son remitidas a psicología donde nuevamente se adhiere a la paciente al tratamiento con la esperanza de sanar y se trabaja en temas como la autoestima para enfrentar la violencia. Por último, desde trabajo social se agiliza la remisión de los exámenes a otras casas de salud lo cual produce tranquilidad en las pacientes, la violencia solo es analizada en esta área si existe denuncias de por medio. Es evidente que se forma un canal de verdades de acuerdo con el orden de los discursos donde prima la información desde lo médico.

El cuarto y último capítulo de la presente investigación cumplió con la meta de indagar cómo se construyen las experiencias en las mujeres con HPV a partir de estos discursos. La aproximación se apoyó en entrevistas semiestructuradas y el análisis se concretó mediante las siguientes categorías: estigma, propuesta de Goffman ([1963] 2006); la construcción de la muerte según Bustamante (2011); la medicalización desde el capital de Natella (2008); “estilo de vida” y “riesgo” de Menéndez (1998); sistema jerárquico de valor sexual de Rubin (1989); experiencias desde Scott ([1992] 2001); y corporalidad e identidades desde Le Breton (1994). Las narraciones simbolizan los más grandes miedos que llegaron con la enfermedad a los cuerpos de estas mujeres y el sistema de salud ratifica esos temores. De ahí que las 20 mujeres

entrevistadas expresan su miedo a tener cáncer y con ello a la muerte como una constante en las entrevistas. La muerte representaba para las pacientes una vida complicada y llena de conflictos para sus hijos e hijas; dado que ellas cumplen con el rol de cuidado, desaparecer del ámbito familiar solo traería consecuencias catastróficas. Las pacientes comparten los estigmas que rodean a las ITS, transformándose en “individuos estigmatizados” Goffman ([1963] 2006), o sea, discriminadas y condenadas a guardar silencio para evitar cuestionamientos tanto de sus parejas como de sus pares.

La gran mayoría de las mujeres deseaban ser madres, y por tanto insistían en saber si con el virus lograrían este ideal. Mediante el discurso de calma y cuidado por parte de las profesionales, las mujeres accedían a los tratamientos y acataban las recomendaciones sin preguntarse el resultado o las futuras implicaciones. Se denotó mayor mercantilización de la salud, e imposición de estilos de vida adecuados cuando las pacientes además de poseer el HPV tenían infertilidad, la regulación aumentaba en las asesorías médicas, y psicológicas haciendo que las mujeres tengan mayor estrés y con ello comiencen a repudiar sus formas corporales.

Es trascendental subrayar que la violencia no solo es estructural mediante la medicalización de los cuerpos, sino que se forja y acentúa en las relaciones de pareja. Se comprobó en las narraciones de las 20 mujeres que las distintas violencias incrementaron en diferentes niveles luego de la aparición del virus, pero que el uso del lenguaje violento, los daños físicos, violaciones sexuales e incluso violencia patrimonial, eran actos que hacían parte de la vida de cada una de las pacientes que convivía o mantenía una relación de pareja. Los hombres no aceptaron que en muchos de los casos fueron ellos los que contagiaron a las pacientes y desde su machismo estigmatizaban y rechazaban a sus parejas violentándolas y haciéndolas sentir miserables.

Durante el trabajo de campo observé dos procesos de resistencia, el primero tenía que ver con una mujer que no creía en los tratamientos hospitalarios y decidió investigar cómo curar el HPV por medios ancestrales confrontando a la profesional abiertamente. El segundo acto de resistencia fue de una mujer que le reclamó a una de las doctoras por su actitud “insensible” ante su diagnóstico de precáncer cervicouterino.

No se pudo constatar más resistencias debido a que el sistema de salud no solo controla los cuerpos y con ello la sexualidad de las mujeres, sino también las silencios, les ordena qué deben hacer y qué no. En el capitalismo actual, orden y normalidad recomponen sus vínculos de diversas maneras, por tanto, desacatarlos implica situaciones de riesgo. Por ello hacen falta más voces para desacreditar estas verdades, para desenmascarar las inexactitudes y con ello reformular los conceptos científicos que tanto han afectado la vida de las mujeres. Y así transformar desde el propio discurso ese “campo de ejercicio del poder” del que nos había advertido Foucault.

Anexos

N. 1 Entrevista a los y las profesionales del HGONA

Dra. A.L.	Noviembre 2017	Colposcopia
Dra. L.T.	Diciembre 2017	Colposcopia
Dra. A.D.	Marzo de 2018	Psicoterapia
Lic. P.C.	Mayo de 2018	Trabajo Social
Dr. A.M	Mayo de 2018	Red de gestión

N. 2 Lista de mujeres entrevistadas

Bertha	Noviembre 2017
Raquel	Noviembre 2017
Gloria	Noviembre 2017
Ely	Enero 2018
Maritza	Enero 2018
Tatiana	Enero 2018
Patricia	Febrero 2018
Yomaira	Febrero 2018
Paola	Febrero 2018
Gabriela	Febrero 2018
Antonia	Marzo de 2018
Doris	Marzo 2018
Rocío	Mayo de 2018

N. 3. Conferencia

Merecí, Wilson (2017). En Conferencia de Inducción Laboral. HGONA.

Lista de referencias

- Alonso, Cristina. 2007. "Trabajo Social y Sistema Público de Salud".
<http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=832> (Consultado el 20 de febrero de 2018)
- American Cancer Society. 2018. "La prueba de Papanicolaou". <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-papanicolaou.html>
- Arellano, María y Castro, María. 2013. "El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora". En *Revista Scielo*, 21 (42).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200011
(Consultado el 31 de mayo de 2018)
- Benavente, Cristina y Vergara, Claudia. 2006. "Sexualidad en hombres y mujeres". Flacso Chile. <http://bdigital.unal.edu.co/51317/1/9562052060.pdf> (Consultado el 2 de marzo de 2018).
- Bordo, Susan. 1993. "El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo". En *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*, de Susan Bordo. Estados Unidos: University of California Press.
- Butler, Judith. 2002. "Introducción". En *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, 17-52. México: Paidós.
- Butler, Judith. 1999. "Sujetos de sexo/género/deseo". En *Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, 45-100. España: Paidós.
- Bustamante, Mónica. 2011. "Viviendo con VIH, muriendo con SIDA". FLACSO Ecuador: Ediciones Abya Yala.
<file:///C:/Users/User/Downloads/Viviendo%20con%20VIH,%20muriendo%20con%20SIDA.pdf> (Consultado el 30 de marzo 2018)
- Camacho Z., Gloria. 2014. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 30-69.
- Camps Joan, Canal Gemma, Ballabriga Jùlia y Carrasco Carles. 2003. "Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones". España: ESTUDIS D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I CULTURAL, 9: 17.
<http://www.publicacions.ub.es/refs/indices/06140.pdf> (Consultado el 9 de diciembre de 2017)

- Cerda Alejandro, Chapela María, Hernández Gilberto, López Sergio, Outón Manuel. 2011. “Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX”. México: Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco, Primera edición. <http://docplayer.es/27167314-Concepciones-sobre-la-salud-la-enfermedad-y-el-cuerpo-durante-los-siglos-xix-y-xx.html> (Consultado el 8 de diciembre de 2017)
- Conejero, J y Girona, L. 2017. “Urología”. En *Farmacia Hospitalaria Biblioteca virtual SEFH*. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>
- Confederación Americana de Urología. 2015. ¿Qué es la Urología? <http://www.caunet.org/institucional/que-es-la-urologia.html>
- Contreras, Jackeline, Deere, Carmen y Twyman, Jennifer. 2014. “Género, estado civil y la acumulación de activos en el Ecuador: una mirada a la violencia patrimonial.” *Eutopía* 5: 93-119.
- Dreyfus y Rabinow. (1982) 2001. “Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica”. México: UNAM.
- Diario El Tiempo. 1994. Murió madre de 2 jóvenes desaparecidos en Ecuador. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-166366>
- Eliot, Anthony. 2009. “Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad”. En *Revista Sociológica*, 24 (69) enero–abril. <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v24n69/v24n69a9.pdf> (Consultado 1 de diciembre de 2017)
- Ehrenreich Bárbara y English Deirdre. 2010. *Por tu propio bien, 150 años de consejos expertos a mujeres*, 160-180. España. Gráficas Lormo S.A.
- Estrada, Diego. 2015. “La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault”. *Escritos*, julio-diciembre 23 (51): 331-355. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/6295/5780> (Consultado 2 de agosto 2017)
- Foucault, Michel. (1977) 2007. “La Voluntad de Saber”. En *Historia de la Sexualidad I*, 25-35. México: Siglo XXI.
- , 2007 [1985]. “Herculine Barbin llamada Alexina B.”, 4-70. Madrid: TALASA Ediciones S.L.
- , 2007 [1985]. “El sexo verdadero”. En *Herculine Barbin llamada Alexina B.I.* España: Talasa Ediciones.
- , (1966) 2001. “*El nacimiento de la clínica*”, 5-135. México: D.F. Siglo veintiuno editores.
- , (1970) 1985. *La Arqueología del saber*, 100-155. España: Siglo XXI Editores.

- (1970). 1992. *El orden del discurso*, 3-100. Argentina: Tusquets Editores.
- 2002 [1976]. "Los cuerpos dóciles". En *Vigilar y castigar*, 85-150. Argentina: Siglo XXI.
- 1978. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". *Educación Médica y Salud*, 12 (1). <https://docplayer.es/8116835-Incorporacion-del-hospital-en-la-tecnologia-moderna.html> (Consultado el 10 de septiembre de 2017)
- Gayet, Cecilia. 2015. "Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género". México: Colección Ángulos del SIDA- Obra Completa. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/ITS_en_Mex_una_mirada_1.pdf (Consultado 1 de abril de 2018)
- Geertz, Clifford. 1992 [1973]. "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura", En *La interpretación de la cultura*, 19-40. Barcelona: Gedisa.
- Geertz, Clifford. (1987) 2001. Capítulo IV. La observación participante. En *Constructores de Otridad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Argentina. Buenos Aires: Antropofagia.
- Giraldo, Reinaldo. 2006. "Poder y resistencia en Michel Foucault". *Tabula Rasa* 4: 103-122. Bogotá, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600406> (Consultado el 5 de enero de 2018)
- Goffman, Erving. (1963) 2006. "Estigma la identidad deteriorada", 7-100. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.
- Haraway, Donna. 1984. "Ciencia, cyborgs y mujeres", 1-30. Traducción de Manuel Talens con David de Ugarte.
- HGOIA. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2013. *Historia del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora*. <http://www.hgoia.gob.ec/index.php/hospital>
- HGONA. Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. 2016. *Misión Visión*. http://www.hgona.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=287
- 2016. *Rendición de cuentas*. http://www.hgona.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=148&Itemid=346
- 2016. *Video "Primer año"*. Área de Comunicación.
- 2016. *"No nos olvidemos"*. Área de Comunicación.
- 2016. *Video "Aniversario dos años"*. Área de Comunicación

- 2016. *Video “Testimonios dos años”*. Área de Comunicación
- 2016. *Rendición de cuentas*. Área de Comunicación.
http://hgona.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=148&Itemid=346
- INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2010. Censo de población y vivienda 2010.
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Le Breton, David. 1994. “Lo imaginario del cuerpo en las tecnociencias”. *Revista Perspectivas en Sociología del Cuerpo*, 68:197-210. España.
http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/348092/mod_resource/content/1/Le_Breton,_Imaginario_del_cuerpo_en_la_tecnociencia.pdf/ (Consultado el 15 de enero de 2018)
- Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. 2017.
https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
 (Consultado el 30 de mayo de 2018)
- Martín Casares, Aurelia. 2008. “Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales”, 60-80. España: Ediciones Cátedra Universitat de Valencia Instituto de la Mujer.
- Martínez Barreiro, Ana. 2004. “La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas”. *Papers. Revista de Sociología*, 73: 127-152. España.
[file:///C:/Users/User/Downloads/25787-25711-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/25787-25711-1-PB%20(1).pdf) (Consultado el 3 de diciembre de 2017)
- Martínez, Gerardo y Troconis, José. 2015. “Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización”. *REV CHIL OBSTET GINECOL*.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art12.pdf> (Consultado el 8 de mayo de 2018)
- Menéndez, Eduardo. 1994. “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades* 4, (7): 71-83. México D.F: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf> (Consultado el 8 de marzo de 2018)
- Menéndez, Eduardo. 1998. “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. *Revista Estudios Sociológicos* 16, (46). México D.F: Colegio de México. <http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf> (Consultado 30 de octubre de 2017)
- Ministerio de Salud Pública. 2012. “Ecuador Saludable, Voy por ti –Base Legal”, Constitución de la República del Ecuador. 2008. <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>

- 2013. “GAIH Guía de acabados interiores para hospitales”.
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Guia_acabados_interiores_Hospitales-GAIH.pdf
- 2014. “Vacuna contra el virus del papiloma humano previene cáncer uterino en el Ecuador”. <http://www.salud.gob.ec/vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-previene-cancer-uterino-en-el-ecuador/>
- 2015. Acuerdo Ministerial 5212.
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>
- 2016. “Se inaugura obra emblemática en el sur de Quito: Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy”. <http://www.salud.gob.ec/se-inaugura-obra-emblematica-en-el-sur-de-quito-hospital-gineco-obstetrico-de-nueva-aurora-luz-elena-arismendy/>
- 2016. “Valores/Misión/Visión”. <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- 2017. “Hospital Luz Elena Arismendi, al sur de Quito, cumple un año brindando servicios de calidad”. <http://www.salud.gob.ec/hospital-luz-elena-arismendy-al-sur-de-quito-cumple-un-ano-brindando-servicios-de-calidad/>
- 2018. “Hospital Luz Elena Arismendi, al sur de Quito, cumple un año brindando servicios de calidad”. <http://www.salud.gob.ec/hospital-luz-elena-arismendy-al-sur-de-quito-cumple-un-ano-brindando-servicios-de-calidad/>
- 2018. “Salud Mental”. <https://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
- Murguía, Adriana, Ordorika, Teresa y Lendo. 2016. “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”. *Revista Scielo* 23 (3) jul.-set: 635-651.
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n3/0104-5970-hcsm-S0104-59702016005000009.pdf>
(Consultado el 12 de enero de 2018)
- Natella, Graciela. 2008. “La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental”. En *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, editado por Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin. Buenos Aires: Universidad General de San Martín.
- NICHHD, National Institute of Child Health and Human Development. 2012.
<https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/obstetrics/informacion/Pages/default.aspx>
- NIH, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Salud de las mujeres.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007458.htm>

- NIH, Instituto Nacional del Cáncer. 2017. Diccionario de cáncer. Colposcopia.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=45989>
- Nogales-Bermejo Gema y Urraco-Solanilla Mariano. 2013. “Michel Foucault: El funcionamiento de la institución escolar propio de la modernidad”. *Anduli* 12: 153-167.
https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/51035/art_9.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 3 de noviembre de 2017)
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2015. Infecciones de transmisión sexual.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- , 2015. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- , 2006. Constitución de la OMS: principios. <http://www.who.int/about/mission/es/>
- , 2016. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021. 2017.
<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
 (Consultado el 30 de marzo de 2018)
- Pelegrí, Xavier. 2004. “El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault”. En *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 17. pp. 21-43. Universidad de Lleida.
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110021A/7605>
 (Consultado el 2 de junio de 2018)
- Quintana, María Soledad. 2008. Sexo seguro, cuerpos disciplinados. Flacso- Sede Ecuador. Tesis para la obtención de título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo, Cohorte 2006-2008. Ecuador: Repositorio FLACSO.
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1252/4/TFLACSO2008MSQA.pdf>
- Registro de Tumores Solca Matriz. 2015. Registro tumores Quito.
<http://www.estadisticas.med.ec/webpages/publicaciones.jsp>
- Rodríguez-Miñón, Elena. 2017. La mujer como profesional del trabajo social.
<file:///C:/Users/User/Downloads/tsh80.pdf> (Consultado el 20 de mayo de 2018)

- Romero, Iñaki. 2015. La profesionalización del Trabajo Social. <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/19413/Romero%20Torres%2C%20Inaki%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 15 de enero de 2018)
- Rostagnol, Susana. 2008. El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay, en Estudios sobre sexualidades en América Latina. Ecuador: Repositorio FLACSO-Andes.
[file:///C:/Users/User/Downloads/1215031963.El_papel_de_l_s_ginecolog_s..._por_Susana_Rostagnol_3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1215031963.El_papel_de_l_s_ginecolog_s..._por_Susana_Rostagnol_3%20(1).pdf)
- Rojas, Carlos. 1984. “M. Foucault: el discurso del poder y el poder del discurso”. *Revista Javeriana* 2 (3). [file:///C:/Users/User/Downloads/16912-60120-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/16912-60120-1-PB%20(3).pdf) (Consultado el 20 de diciembre de 2017)
- Rubin, Gayle. 1989. “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”. En *Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales*.
http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0323/Reflexionando_sobre_elsexo_Rubin.pdf/ (Consultado 3 de noviembre 20017)
- Ruiz, José Antonio. 2010. “Pasado, Presente y Futuro de la Colposcopia”. En *Archivos médicos de actualización en tracto genital inferior*, 27-34. México: D.F.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2010/tgi102e.pdf> (Consultado 4 de enero de 2018)
- Sánchez, Dolores. 2003. “El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género”. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=140149>
- Scott, Joan W. (1992) 2001. “Experiencia”. *Revista La Ventana*, 13. Universidad de Guadalajara.
<http://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/viewFile/551/574/> (Consultado el 29 de diciembre de 2017)
- Sossa, Alexis. 2011. “Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo”. *Revista Polis*, 28.
<https://journals.openedition.org/polis/1417> (Consultado el 2 de febrero de 2018)
- Urraco-Solanilla, Mariano y Nogales-Bermejo, Gema. 2013. Michel Foucault: El funcionamiento de la institución escolar propio de la Modernidad.
https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/51035/art_9.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 2 de diciembre de 2017)

- Varela, Bertha. 2002. “¿Qué es la Psicología de enlace?” *Revista de Psicoterapia Analítica*.
<http://www.psicologos.org.uy/index.php/biblioteca-cpu/article/1638-que-es-la-psicologia-de-enlace.html> (Consultado el 20 de febrero de 2018)
- Vásquez, Mónica (2013). Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito. Tesis de Maestría, FLACSO Ecuador.
- Vergara, María. 2007. “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12: 41–50.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003> (Consultado el 3 de junio de 2018)
- Weeks, Jeffrey. 1998. “La invención de la Sexualidad”. En *Sexualidad*, 21-46. México: Paidós.