

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2019-2020

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

Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha

Iván Mauricio Alcocer Ortega

Asesora: Guglielmina Falanga

Lectora: Valeria Patricia Idrovo Torres

Quito, enero de 2021

Dedicatoria

A todas y todos los obstetras que intentamos mejorar la salud materna.

Tabla de contenidos

Resumen	VI
Agradecimientos.....	VII
Introducción	1
1.1. Planteamiento del problema	7
Pregunta de investigación.....	8
Objetivo general:	8
Objetivos específicos:	8
1.2. Justificación	8
1.3. Enfoque teórico.....	9
1.4. Metodología.....	10
Capítulo 1	13
Aproximaciones para el estudio de la violencia obstétrica	13
1.1. Definiendo a la violencia.....	13
1.2. Una Aproximación a la violencia obstétrica	18
1.3. Políticas públicas en relación a la salud materna	27
1.3.1. Glosario	32
Capítulo 2	35
Una mirada de la violencia obstétrica en el cantón Taisha	35
Conclusiones	54
Anexos.....	56
Lista de referencias.....	60

Ilustraciones

Tablas

Tabla 1. Normativa en relación con la violencia obstétrica a nivel nacional en Ecuador..... 30

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesina

Yo, Iván Mauricio Alcocer Ortega, autor de la tesina titulada “Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de especialización en Género, Violencia y Derechos Humanos concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

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

Quito, enero de 2021



1720239357

Iván Mauricio Alcocer Ortega

Resumen

La violencia obstétrica constituye un problema sanitario que necesita ser controlado y erradicado a nivel mundial, debido a que ha llegado a convertirse en una práctica irrespetuosa y abusiva, normalizada por los trabajadores de la salud, y representa otra forma de violencia hacia las mujeres. Dichas prácticas en las últimas décadas han venido ejecutándose de forma rutinaria durante el embarazo, el parto y el postparto, lo cual constituye una violación de derechos humanos fundamentales como el de la no discriminación y el derecho a una vida libre de violencia.

En los últimos años, se ha producido una extensa literatura sobre el tema de la violencia obstétrica, tanto en los estudios de género como en las ciencias sociales y en los mismos estudios médicos; además, este tipo de violencia también ha sido identificado por organizaciones internacionales. Ello ha permitido el reconocimiento de la violencia obstétrica como violencia hacia las mujeres y violación de los derechos humanos.

El objetivo de este estudio es analizar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica, para determinar tanto la difusión del fenómeno como el nivel de normalización de unas prácticas violentas y humillantes en profesionales de salud que se forman y actúan en el sistema nacional ecuatoriano. Se eligió como estudio de caso el Hospital San José de Taisha, en la parte amazónica del país.

La investigación es de tipo cualitativo con un diseño fenomenológico y se lleva a cabo a través de la consulta y análisis de fuentes secundarias y de entrevistas semiestructuradas a tres profesionales de la salud. Aunque la violencia obstétrica ya es reconocida en su dimensión de violencia estructural y se han expedido protocolos de buenas prácticas, se pudo observar que aún persiste en los centros de salud y sigue normalizada. Las prácticas de violencia obstétrica se concentran en maltrato físico; maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía, etc.; y maltrato psicológico como discriminación, gritos y juicios de valor.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas. A mis padres, abuelita, esposa, hijos y demás familiares por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a mi asesora de tesina, Guglielmina Falanga, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó en la investigación. A mis amigos y colegas por sus consejos, enseñanzas, por el apoyo... y, sobre todo, por la amistad brindada en los momentos difíciles de mi vida.

Agradezco a quienes dirigen la Especialización en Violencia, Género y Derechos Humanos, por haber generado esta oferta académica de cuarto nivel; a las docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, me motivaron a desarrollarme como persona y profesional. A mis compañeros de aula por la paciencia, las alegrías, risas y los gratos momentos que pasamos juntos; fue un gusto conocerlo.

Introducción

La violencia es un término difícil de definir porque alrededor de ella giran mitos, ritos y paradigmas que no han permitido categorizarla universalmente. Por ello, resulta necesario señalar que a lo largo de la historia su definición ha pasado por varias disciplinas como la filosofía, psicología, criminalística, antropología, sociología, el derecho, etc. (Martínez 2016). En palabras de Elsa Blair probablemente “resulta vano querer aproximarse a una definición unívoca de un concepto que, a juzgar por la literatura existente, ha sido utilizado para definir una serie de fenómenos absolutamente disímiles” (Blair 2009, 19).

Este estudio toma las definiciones de aquellos autores que más se acercan a la línea investigativa. El primero es Johan Galtung (1990), quien señala que la violencia puede “ser vista como una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, *eudaimonia*, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también es una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas” (Galtung 1990, 150). El autor la denomina violencia estructural, mientras, por su parte, Pierre Bourdieu (2001) la define como violencia simbólica, una violencia que se ejerce ocultándose en la cultura de cada una de las sociedades mediante el orden social, incrustada en un campo de dominación y que utiliza como instrumento el *habitus*.

Boaventura de Sousa Santos (citado en Salgado 2013, 154) indica que el androcentrismo y la dicotomía de lo público y lo privado han sido utilizados para ejercer violencia contra la mujer. Salgado (2013) argumenta que en muchos casos la violencia en el mundo no ha sido visibilizada como un tema de violación de los derechos humanos. La Organización de las Naciones Unidas (1993) señala que por violencia contra la mujer

(...) se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU 1993, art. 2).

Es importante mencionar que fue durante los años noventa que en la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se reconoce a la violencia contra la mujer como una forma de discriminación. En la Recomendación General

19, se manifiesta que la violencia contra la mujer constituye una discriminación que está basada en el sexo (ONU 1992). Más recientemente, en el año 2018, este planteamiento se ha fortalecido con la Recomendación General 35, la cual sostiene que la violencia contra las mujeres se da por muchas más razones; en este texto se ha enfatizado el enfoque de género y la interseccionalidad, además se ha brindado nuevas orientaciones para disminuir la violencia de género contra las mujeres (ONU 2018).

Hay que subrayar que la violación de los derechos humanos que se materializa en la violencia contra de la mujer y específicamente a través de su sexualidad ha sido invisibilizada; este tipo de violencia se presenta, por ejemplo, como violencia obstétrica durante la atención médica bajo el modelo médico hegemónico (MMH), tanto en el ámbito público como en el privado. En tal sentido, Ibone Olza (2012) señala que la violencia obstétrica solo terminará cuando los profesionales que atienden el parto puedan reflexionar y sanar sus propias heridas, es decir, el dolor que acarrearán fruto de la deformación que recibieron obstetras, médicos y enfermeras.

Cabe destacar que la violencia obstétrica no solo se ejecuta por el personal de salud en la atención del parto, sino también en el embarazo y el postparto mediante cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer en el ámbito público o privado la cual fue definida por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE s.f.).

En América Latina países como Venezuela, Argentina y México son los propulsores para la erradicación de cualquier tipo de violencia ejercida contra la mujer. En primera instancia, Venezuela tuvo su primer reconocimiento institucional sobre violencia obstétrica que fue primordial para el país con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual fue fundamental para que nuevos hechos surgieran a partir de ello (Benítez Guerra 2008). En Argentina, fue publicada la Ley de Protección Integral a las mujeres (Ley N.º 26485) en el año 2009, dentro de ello se encuentra el artículo 6 donde menciona la violencia obstétrica de conformidad con la Ley N.º 25.929 (Valenzuela et al. 2019). De la misma manera en México, existe la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que fue publicada el 1 de febrero de 2007 tras un largo proceso legislativo y que ha sido reformada constantemente de acuerdo con las necesidades de las distintas entidades federativas que apoyan la no violencia hacia la mujer, en específico la violencia obstétrica (MEXICANOS 2017).

En el texto “Situación Legislativa de la Violencia Obstétrica en América Latina: caso Venezuela, Argentina, México y Chile”, Díaz y Fernández (2018) expresan que pese a las reformas legislativas y políticas públicas establecidas a favor de la erradicación de la violencia obstétrica en estos tres países de Latinoamérica, la situación no es favorable porque no se han realizado los suficientes estudios, por ende las tasas de violencia obstétrica siguen siendo altas y los profesionales de la salud no reconocen ser parte de la problemática.

En Ecuador se han elaborado varias políticas, planes y estrategias a lo largo de los últimos 25 años, ejecutados con la finalidad de garantizar la salud materno-neonatal. Entre las más destacados tenemos a La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el año 1994, cuyo objetivo fue garantizar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Posteriormente, en el año 2007, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos señala que es necesario “disminuir las brechas existentes entre los enunciados de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos” (Ministerio de Salud Pública 2004, 27).

Seguidamente, en el año 2008, el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna incorpora una serie de intervenciones clínicas basadas en evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. Se realizó la actualización de las normas de Atención Materna y Neonatal a través de la elaboración de un manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-infantil (Ministerio de Salud Pública 2008). En el mismo año, la Asamblea Nacional reconoce el derecho a la integridad personal en su art. 66 donde señala:

(...) una vida libre de violencia, tanto en al ámbito público como privado, asumiendo un rol fundamental en la garantía y protección de derechos, para lo cual ha definido leyes, políticas y otras medidas de índole social cuya finalidad es la prevención y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres (Distrito Metropolitano de Quito 2017, 7).

En el mismo año entra en vigencia la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), creada con la finalidad de asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día de los 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales

de calidad. Cinco años más tarde, se logró que esta estrategia deviniera en norma con un enfoque familiar e intercultural.

Posteriormente, en el año 2011, se presentó la Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA). Creada con un enfoque de género, dicha estrategia promovía los derechos sexuales y reproductivos de la población ecuatoriana, a fin de incrementar la capacidad en la toma de decisiones libres y responsables en la población sobre sexualidad y reproducción. También se integró a grupos históricamente excluidos como la comunidad LGTBI. Se obtuvo buenos resultados, entre estos la disminución de un 6 % de embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años.

Sin embargo, en el año 2015, la estrategia fue sustituida por el Plan Familia mediante el Decreto Presidencial 491, dirigido por la exasesora presidencial Mónica Hernández como directora, donde priorizaba la importancia de los valores morales y la familia (Desplat 2016; Fondo de Población de las Naciones Unidas Quito 2012). Por ello, tras esta sustitución se vio afectado el enfoque de derechos sexuales y reproductivos invisibilizando varias formas de violencia hacia la salud de las mujeres, dentro de las cuales se enmarca la violencia obstétrica.

En el año 2016, en la Asamblea Nacional del Ecuador, se inició el debate sobre la ley orgánica para la atención humanizada del embarazo, parto y postparto. Con esta norma, se buscaba la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones de su maternidad, además de impulsar el protagonismo en las decisiones sobre su parto en instituciones públicas y privadas, y regular las prestaciones sanitarias. Del mismo modo, con este proyecto de ley se aspiraba a definir lo que es la violencia obstétrica, sin embargo, la falta de conocimiento de esta problemática por parte de los profesionales de la salud y de las mujeres impidió la formulación de estrategias que ayuden a mejorar la salud materna (Borja 2017, 10).

Por último, es necesario señalar que Ecuador cuenta con varios colectivos feministas que defienden los derechos de las mujeres. Tal es el caso del Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos Surkuna, cuya finalidad es velar por los derechos sexuales y reproductivos y hacer frente a la violencia de género mediante la asesoría a mujeres que han sufrido violencia en sus diferentes tipos: psicológica, sexual, obstétrica, etc. Además, este colectivo también se ocupa de capacitar a profesionales de salud acerca de temas como la

violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos, el secreto profesional y el consentimiento informado.

Así mismo, existe un colectivo que aborda el tema del parto de forma integradora: El Parto es Nuestro. Esta asociación feminista formada por usuarios/as del sistema sanitario, principalmente mujeres y madres, intentan problematizar la violencia obstétrica desde el sector público y el privado, pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hijos/as durante el embarazo, parto y postparto.

En el año 2018, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica:

Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (art. 10, g).

Hay que precisar que la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018) en Ecuador es integradora no solo toma el embarazo, parto y postparto, sino que la integra con la violencia ejercida sobre los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la vida de las mujeres, por lo que su definición es más amplia y es así que la define como violencia gineco-obstétrica y no como violencia obstétrica.

Cabe mencionar que en Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en la Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra las Mujeres, (ENVIGMU 2019), incluye dos nuevas secciones: una a mujeres mayores de 60 años y otra donde enmarca la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia en contra de la mujer (INEC 2019, 9). Al analizar los datos obtenidos de la encuesta en la sección correspondiente a violencia obstétrica sobresale que tiene mayor incidencia en el área rural

con un 46,5 %, mientras que en el área urbana representa el 39,9 % (INEC 2019, 36); esto evidencia que es mayor en las zonas rurales donde confluyen la pobreza, el analfabetismo, la discriminación, etc.

En la actualidad, se considera patológicos a procesos históricamente normales de la obstetricia como el embarazo, parto y postparto a través de clasificaciones que valoran riesgos clínicos y sociodemográficos. Del mismo modo se estratifica el riesgo obstétrico en bajo, alto e inminente, según la normativa AEPI (Atención de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) de 2017 y en la Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal (2016).

Con relación al embarazo, parto y postparto se ha producido en las últimas décadas un aumento de medicalización y prácticas invasivas para iniciar, acelerar, terminar y vigilar este proceso fisiológico con la justificación de otorgar mejores resultados a la madre y el bebé. Tales prácticas no han sido aconsejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus recomendaciones para los cuidados durante una experiencia de parto positiva (OMS 2018, 3-7); también en el postparto se ha retomado procedimientos como la medicalización.

La OMS (1947) define a la salud “como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Conferencia Sanitaria Internacional 1947, 1). Por lo que al afectarse una de estas esferas ya mencionadas se estaría incurriendo en el incumplimiento del derecho universal a la salud.

Finalmente, es necesario señalar que la violencia obstétrica se desarrolla en un campo social, que, de acuerdo con Bourdieu (2001, 15), es donde las relaciones se definen según un tipo especial de poder específico, detentado por los agentes que entran en lucha o en competencia en dicho espacio, y donde las relaciones de poder son una forma de relacionarse como lo presenta Foucault y lo analiza Deleuze (2014). En otras palabras, el campo médico vendría a ser ese campo social, en donde se desarrolla la violencia obstétrica por los diferentes agentes que se relacionan bajo las condiciones del poder, las mismas que son aprendidas a través del *habitus* médico, extrapolando el concepto de Bourdieu, quien lo define como “un producto social” y no solo “un conjunto de disposiciones a actuar, sentir, pensar y percibir, adquiridas de forma innata o ‘natural’, sino adquiridas socialmente” (Bourdieu 2001, 26).

La violencia obstétrica, por lo tanto, constituye un tipo de violencia de género que se presenta estructuralmente (Mena et al. 2020). En ella el personal de salud —obstetras, médicos/as, enfermeros/as, etc.— son agentes que producen y reproducen prácticas médicas como malos tratos, discriminación, humillación, entre otros, de manera cotidiana. Tales prácticas son enseñadas, aprendidas y ejecutadas a lo largo de la formación académica de manera directa e indirecta en la academia y en los establecimientos de salud.

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS (2014, 1), “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza su salud”. Además, el abandono de las mujeres durante el parto puede llevarlas a sufrir complicaciones que se pueden evitar y que amenazan la vida de la madre y su bebé (OMS 2014). Muchas veces esto se debe a los obstáculos sociales, económicos y culturales que enfrentan en su atención obstétrica.

En Latinoamérica pocos son los países que han regulado jurídicamente la violencia obstétrica de manera directa en sus constituciones. Por lo que, es importante visualizar que solo tres países de la región han aprobado leyes directamente relacionadas con la violencia obstétrica como Venezuela, Argentina y México. Sin embargo, a partir de la experiencia de los mismos “parece posible sostener que las diversas conductas constitutivas de violencia obstétrica subsisten, pese a la incorporación de las mencionadas legislación” (Díaz y Fernández 2018, 140).

Según el INEC (2019), en el Ecuador 42 mujeres de cada 100 han experimentado al menos un hecho de violencia obstétrica durante su vida. Además, la provincia de Morona Santiago, según datos de esta misma institución, señala que esta provincia ocupa el segundo lugar en proporción de violencia contra la mujer a lo largo de la vida con un 78,9 %. En este territorio de la Amazonía, donde se asienta la comunidad de Taisha, existen determinantes como el analfabetismo, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico entre otros factores, que lo único que hacen es invisibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las gestantes que acuden a realizar sus controles prenatales, parto y postparto en el Hospital San José de Taisha.

Actualmente el cantón Taisha cuenta con un hospital básico (San José de Taisha), en donde confluye la población de las cinco parroquias: Macuma, Pumpuenta, Tuutinentza, Huasaga y

Taisha urbano. Dicho establecimiento cuenta con diez profesionales de la salud que se encuentran brindando atención permanente durante los 7 días de la semana en turnos rotativos de 24 horas.

Es imprescindible mejorar la situación de la salud materna en los establecimientos de salud del cantón Taisha, en caso contrario se mantendrán o incrementarán los niveles de violencia en este establecimiento de salud. Finalmente, es necesario que se realice un control periódico del cumplimiento de las normativas vigentes en lo que respecta al parto respetado, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos etc., para cumplir con una atención de calidad.

Pregunta de investigación

¿Cómo perciben la violencia obstétrica los profesionales de la salud en el Hospital San José de Taisha?

Objetivo general

Analizar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha.

Objetivos específicos

- Identificar las percepciones que tienen los profesionales de salud del Hospital San José de Taisha acerca de la violencia obstétrica.
- Analizar los protocolos existentes en tema de violencia obstétrica en Ecuador.
- Indagar las causas que facilitan o impiden la aplicación de los protocolos sobre violencia obstétrica.

1.2. Justificación

En Ecuador, la violencia obstétrica forma parte de la rutina médica y representa una concreción de la violencia hacia las mujeres. Las prácticas violentas e irrespetuosas son enseñadas, promovidas y ejercidas por parte del personal de la salud durante su formación médica en la academia y su desarrollo en las unidades sanitarias.

En cantones más periféricos y rurales, como el cantón Taisha, la violencia obstétrica es aún más presente y normalizada. Esto está en la base de muchas malas prácticas y de la difidencia que se puede sentir hacia las estructuras médicas y que provocan que muchas mujeres

prefieran alternativas domésticas que no garantizan una pronta intervención médica en caso de complicaciones. Es crucial, entonces, visibilizar la situación actual de la violación de los derechos sexuales y reproductivos en las gestantes del cantón Taisha.

La temática ha sido abordada desde un enfoque cualitativo en grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca, pero los estudios cualitativos resultan bastante escasos. Además, los estudios se concentran en zonas centrales y no en zonas de difícil acceso como en la Amazonía ecuatoriana. Por tal motivo, esta investigación se centra en el hospital de Taisha y, en este sentido, representa un pequeño aporte a la investigación nacional sobre este tema.

Como se precisó anteriormente “42 de cada 100 mujeres en Ecuador han experimentado por lo menos un hecho de violencia obstétrica a lo largo de su vida” (INEC 2019, 61). La violencia obstétrica afecta en mayor proporción a zonas pobres y con alta prevalencia indígena como Morona, Santiago, Imbabura y Sucumbíos, según datos de la misma entidad gubernamental.

El propósito de esta investigación es analizar la percepción de los profesionales de salud acerca de la violencia obstétrica en la Unidad Anidada Taisha. En lo particular, en el personal de salud que trabaja diariamente en el centro obstétrico de dicho establecimiento y tiene un rol crucial en el respeto o vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias. Por último, se agregan dos aspectos que justifican la relevancia de la investigación. El primero es que con la realización de este estudio se podrá mejorar la atención para erradicar la violencia obstétrica como una práctica cotidiana en el ámbito médico en establecimientos de salud del primer nivel de atención de la salud en zonas de difícil acceso a la atención sanitaria. El segundo radica en que con los resultados obtenidos podemos mejorar la salud materna en el cantón Taisha.

1.3. Enfoque teórico

La presente investigación tiene un enfoque de derechos humanos porque se centra en la percepción de profesionales de la salud acerca de la violencia en gestantes durante su atención prenatal, parto y postparto en la Unidad Anidada Taisha. La violencia ejercida en la salud materna se desarrolla durante el proceso de atención en los establecimientos de salud: hospitales, clínicas, centros de salud etc., en zonas urbanas y rurales, la misma que se visibiliza en el campo médico, o sea, el lugar donde se desarrollan las relaciones de poder

detentadas por los agentes que entran en lucha o en competencia (Bourdieu 2001, 15).

Para Foucault el poder constituye una relación de fuerzas, donde toda fuerza ya es una relación (Deleuze 2014). Dentro del campo médico el poder es una manera de relacionarse, y en ese tipo de relación tiene lugar la violencia contra las gestantes durante su estancia en los establecimientos de salud. Obstetras, médicos/as, enfermeros/as, en resumen, el personal de salud son agentes que producen y reproducen los *habitus* médicos mediante el maltrato y la discriminación de manera cotidiana. Tales *habitus* son enseñados, aprendidos y ejecutados a lo largo de la formación académica de manera directa e indirecta, y durante el ejercicio de su profesión, es decir, los *habitus* médicos también son el resultado de las diversas interacciones sociales (Bourdieu 2001, 26).

Cabe mencionar que todos estos actos son aceptados por las usuarias y las comunidades como algo normal, esto se equipara con los efectos de lo que Bourdieu (1998) reconoce como violencia simbólica en su texto “La dominación masculina”. Con base en estas nociones se puede comprender las relaciones de poder que se desarrollan durante el embarazo, parto y postparto por parte profesionales del sistema sanitario y son justificadas por nuestro entorno social y cultural. Al igual que en otros campos, en el médico se reproducen el capital simbólico y la violencia simbólica, el poder se ejerce ocultándose en la cultura, en el orden social, y en este campo de los *habitus* actúan como instrumentos de dominación (Bourdieu 2001).

Sobre la base de las teorías presentadas, en esta tesina se emplea un enfoque social basado en las relaciones de poder hegemónicas. Las categorías de estudio son la violencia simbólica, la violencia estructural, la cultura médica, el campo médico y los *habitus*.

1.4. Metodología

Para Fidiás Arias (2012, 18), la metodología “es la vía o camino que se utiliza para llegar a un fin o para lograr un objetivo”. La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque de derechos humanos, enfoque que es fundamental en la práctica de la medicina. De acuerdo con Salgado (2013), en muchos casos la violencia en el mundo no ha sido visibilizada como un tema de violación de los derechos humanos, las críticas en cuanto a la comprensión liberal, occidental y monocultural de los mismos. Por lo que, con este antecedente se pone de

manifiesto la violación de derechos a mujeres, que inciden en particular según la clase y la raza, y que se ve agudizada en el embarazo.

Los derechos de las mujeres han sido y son vulnerados a partir de la niñez a lo largo de toda la vida; por ejemplo: discriminación a la educación, adolescencia con tradiciones obsoletas como matrimonios arreglados y mutilación genital, en la maternidad ejerciendo violencia en el embarazo mediante la supervisión, en el parto no respetando los tiempos fisiológicos, no permitiendo el acompañamiento y finalmente en el postparto no respetando los derechos del bebé como el apego precoz, la lactancia materna, intervencionismo, etc.

La violencia contra la mujer durante el embarazo, parto y postparto representa una violación de múltiples derechos: el derecho a la salud, a una vida libre de violencia, a la no discriminación, entre otros. El tema de la violencia obstétrica en Ecuador es poco estudiado en zonas vulnerables como en el Oriente ecuatoriano, ya que la mayoría de los trabajos han sido desarrollados en zonas urbanas de Quito, Guayaquil y Cuenca. Por tanto, esta investigación tributa a una mejor comprensión de dicha problemática.

El enfoque de la investigación es de tipo cualitativo y se desarrolló bajo dos modalidades: bibliográfica y trabajo de campo. En la primera se utilizó bibliografías como libros, textos, revistas, sitios web e información recopilada de múltiples bases de datos digitales para elaborar los fundamentos teóricos de la investigación y el marco normativo de la misma. La revisión bibliográfica estuvo enfocada en textos sobre cómo la violencia de género impacta los derechos humanos de las mujeres, en específico, la violencia obstétrica. Se revisó la normativa nacional e internacional en relación con la maternidad gratuita y cómo fue su desarrollo a través del tiempo hasta la actualidad.

En el trabajo de campo se realizaron tres entrevistas semiestructuradas por vía Zoom a trabajadores de la salud que fueron elegidos mediante la técnica de muestreo no probabilístico: un médico y dos auxiliares de enfermería, quienes desarrollan sus funciones en turnos de 48 horas cada cuatro días. El objetivo del trabajo de campo es analizar la percepción de la violencia obstétrica que tienen los trabajadores de salud del Hospital San José de Taisha hacia las gestantes que acuden a la atención prenatal, parto y postparto y hacia el tema de la violencia obstétrica.

El presente texto se divide en dos capítulos. En el primer capítulo podemos encontrar una introducción, antecedentes de la problemática, el planteamiento del problema en el cual se identifica la necesidad de realizar un estudio acerca de la violencia obstétrica en profesionales de la Unidad Anidada Taisha. Además, se exponen los fundamentos teóricos en los que se basa la investigación, la literatura que constituyó la base interpretativa de los datos recopilados en la investigación. Así mismo, se aborda la información consolidada de diversas herramientas del Ministerio de Salud Pública en torno al embarazo, el parto, la muerte materna y otros temas relevantes para la presente investigación. El segundo capítulo se incluye la descripción del instrumento utilizado para la recolección de datos, el testimonio de los trabajadores de salud del Hospital Básico San José de Taisha; en donde, se hace énfasis en la comprensión del fenómeno de estudio y la percepción del mismo. Por último, se presentan las conclusiones como resultado del trabajo de investigación orientado a los objetivos de investigación.

Capítulo 1

Aproximaciones para el estudio de la violencia obstétrica

1.1. Definiendo a la violencia

En esta sección, primero se aborda el término violencia asumiendo que no tiene una acepción universal para definirlo. De lo anterior se desprende el hecho de que puede ser estudiado desde diversas perspectivas, entre ellas la de las ciencias sociales; violencia constituye entonces una palabra polisémica y ambigua que se aborda desde ópticas muy distintas. Luego, se enfoca a la violencia desde la perspectiva biológica de la agresividad. Finalmente, se trata su relación con el género desde el punto de vista histórico del feminismo para plantear el concepto de violencia obstétrica.

En primera instancia, las ciencias sociales la abordan desde la óptica de la psicología, la moral y política. Domenach (citado en Blair 2009, 15) refiere que históricamente la filosofía no se había preocupado, sino hasta el siglo XVII, por la definición del término violencia y manifiesta que hay acepciones por parte de algunos autores clásicos y latinos que la definen, pero con el énfasis en sus consecuencias.

(...) a partir del Siglo de las Luces se cristaliza lo que hoy entendemos por violencia, principalmente desde tres aspectos: “el psicológico, explosión de fuerza que cuenta con un elemento insensato y con frecuencia mortífero; el aspecto moral, ataque a los bienes y a la libertad de otros; y el aspecto político, empleo de la fuerza para conquistar el poder o dirigirlo hacia fines ilícitos”. Este autor francés aclara que en el siglo XX tal concepto adquiere una mayor relevancia e interés por su aspecto político (Cuervo Montoya 2016, 79).

La diversidad de variables en torno a la violencia ha afectado negativamente el propósito de conceptualizarla desde disciplinas como la sociología, la antropología, el derecho, la filosofía, las ciencias políticas, la psicología y el psicoanálisis. Varios autores han buscado el camino de la diferenciación conceptual de un término de tal envergadura y complejidad; tal es el caso de Eduardo Gonzáles (2000) y Elsa Blair (2009), quienes señalan que no existe una definición universal unívoca de violencia. El primero, en una profunda investigación teórica, expone que la violencia puede ser pensada como un concepto histórico y que en toda la trayectoria en el estudio de este fenómeno no es posible atribuir una definición unívoca desde alguna disciplina específica, más bien lo que se ha logrado es la superposición de perspectivas

teóricas, que infructuosamente han tratado de capturar o explicar en un concepto dicho fenómeno. La segunda explica que existe gran dificultad para definirla tanto por la falta de acuerdos entre quienes la han estudiado como por la variedad de disciplinas académicas relacionadas con un concepto de estas características y complejidades (Cuervo Montoya 2016).

Blair (2009) analiza las definiciones de Jean Claude Chesnais, quien señala que, en sentido preciso,

(...) la violencia física es la única violencia medible e incontestable. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien (citado en Blair 2009, 13).

Posteriormente, Blair aborda la definición de Thomas Platt, quien menciona al menos siete acepciones del término violencia, pero destaca la siguiente: “fuerza física empleada para causar daño”. Por último, se acoge a la definición de Jean-Marie Domenach: “Yo llamaría violencia al uso de una fuerza abierta o escondida, con el fin de obtener de un individuo o un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente” (Blair 2009, 15).

Wolfe, Wekerle, Gough, Reitzel-Jaffe, Grasley, Pittman y Stumpf (1996), citados en Delgado (2017, 180), indican que la violencia es “cualquier forma de control o dominación de una persona, ya sea física, sexual o psicológica, generando algún tipo de daño sobre ella”.

Además, Aróstegui (1994, citado en Delgado 2017) aporta más elementos para la construcción de la definición de violencia al señalar que en esta se entrecruzan varios planos que van desde lo biológico, polemológico hasta lo filosófico.

Con este antecedente, Blair explica que el estudio de la violencia ha alcanzado su mayor desarrollo con las ciencias sociales, pero indica que no es posible establecer un concepto que pueda definirla de manera clara, precisa y concisa. Ella afirma que construir, deconstruir y reconstruir los conceptos y las interpretaciones desde la perspectiva “antropológica, política y/o sociológica de los fenómenos que estudiamos nos permitirá establecer líneas generales o ‘leyes’ capaces de dar un marco de inteligibilidad a esos fenómenos” (Blair 2009, 33).

Heelas (1982), por otro lado, advirtió que la violencia no era un concepto sociológicamente útil, ya que su empleo estaba limitado por el contexto cultural en que se había ocasionado. Moore (1994, 138) puntualizó que, “a pesar de la enorme masa de escritura, investigación y especulación, el concepto de violencia para las ciencias sociales todavía continúa increíblemente subteorizado”. Más de dos décadas después, se puede afirmar que esta realidad se ha visto influenciada por los estudios feministas y de género que han aportado nuevas entradas al estudio de la violencia.

La perspectiva social ha definido la violencia como una problemática con diversas acepciones importantes para su comprensión. Sin embargo, las ciencias naturales también han abordado como fenómeno de estudio a la violencia, bajo el enfoque del conductismo: el comportamiento violento como carácter innato.

Riches (1988) señala que el término utilizado en estos casos es el de agresión común, no solo aplicado al comportamiento humano, sino también al de otros animales. Por su parte, Ruiz (2009) hace particular referencia a los estudios que toman en cuenta factores hormonales como productores de agresión. En la misma línea, investigadores como Freud y Lorenz (1972) refieren que la violencia está determinada por un componente innato, y existe una mayor agresión masculina que femenina basada en un más alto porcentaje de testosterona en el hombre. Esto influye en su personalidad por lo que los trastornos de personalidad antisocial en los hombres son tres veces mayores que en las mujeres.

Diferentes instituciones encargadas de promover la salud reconocen la violencia como un problema social, como lo hizo la OMS en 1966. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1993, la reconoce como un problema de salud en la región de Latinoamérica y el Caribe. Finalmente, la OMS la reconoce también como un problema de salud pública a nivel mundial, en 1996.

Estas organizaciones han analizado a la violencia desde el modelo epidemiológico-ecologista de Leavell y Clark (1953, 1958), el cual visibiliza la violencia desde cuatro categorías. La primera se centra en el carácter individual y analiza los factores biológicos y personales como el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias, la impulsividad. La segunda y tercera categorías son la relacional y comunitaria respectivamente, y se enfocan en las relaciones sociales cercanas como relaciones de amigos, pareja y miembros de la familia. Además, nos

indica que estas relaciones aumentan los riesgos de convertirse en víctima o perpetrador de actos violentos. Finalmente, la cuarta categoría es la social, y se enfoca en un análisis de las políticas sanitarias, económicas y sociales que mantienen altos niveles de desigualdad económica y social.

Lo que concuerda con lo planteado por Alvear (2019) que analiza y explora a la violencia desde la perspectiva de la salud pública como un simple acto violento y no la valora como un acto sistemático resultado de un entramado filosófico y contextual. Además, es importante señalar que los resultados obtenidos mediante este enfoque para el estudio de la violencia son limitados y, en la práctica, conducen a la estigmatización y criminalización de la pobreza.

Para el año 1996, la 49ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud define a la violencia como

(...) el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS 2002, 5).

Con estos antecedentes podemos concluir que tanto las ciencias sociales como las ciencias naturales han tratado de conceptualizar la violencia. Sin embargo, no lo han logrado definirla de manera universal porque ambas desde sus competencias han estudiado los fenómenos que giran a su alrededor como la herencia, lo hormonal, el poder, la fuerza, los símbolos, los mitos, ritos, la pobreza, clase, género, la cultura, las doctrinas religiosas, políticas sociales... Unirlas resultaría una utopía, sin embargo, integrarlas resulta un verdadero avance para su estudio.

La violencia contra la mujer es un tipo específico de violencia, que se basa en el género, y deriva de la normalización de la dominación masculina (Bourdieu 1998). En el año 1993, en la Declaración sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer por motivos de género quedó definido, en el artículo I de la Asamblea General de Naciones Unidas, que

(...) todo acto de violencia basado en género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la

coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada (ONU 1993, art. 1).

Es importante indicar que la violencia basada en género (VBG) es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. La violencia se puede presentar mediante el abuso psicológico, físico o sexual, y en todas sus manifestaciones puede tener implicaciones serias para la salud sexual y reproductiva de las mujeres; entre dichas implicaciones aparecen el riesgo de trastornos ginecológicos, las complicaciones durante el embarazo, abortos espontáneos, bajo peso al nacer y enfermedad de inflamación pélvica.

En el año 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, a través de la resolución WHA49.25 exhortó a la OMS a introducir la definición de una nueva tipología de violencia, debido a que las clasificaciones existentes eran incompletas e insuficientes. Para, el año 2002, la OMS plantea una clasificación que atiende a las características de quien ejerce la violencia: autoinfligida, se refiere a la violencia hacia la misma persona; interpersonal, la realizada a otros individuos; y la colectiva, que se realiza a grupos de individuos. Con todo este antecedente se enmarca a la violencia de género dentro de violencia interpersonal (OMS 2002).

Una aproximación desde la mirada feminista se encuentra sin dudas con el trabajo de Scott (1986), quien señala que la violencia contra la mujer ha sido un comportamiento recurrente en las sociedades antiguas y modernas como mecanismo de control del cuerpo y de la sexualidad de las mujeres. Esta autora muestra que este desafío plantea preguntas y respuestas de carácter teórico y requiere el análisis no solo de la relación entre experiencia masculina y femenina en el pasado, sino también de la conexión entre la historia pasada y la práctica histórica actual. Lafaurie et al. (2019) refieren que la violencia de género se puede presentar en instituciones sanitarias, en formas específicas de agresión contra las mujeres.

En el cierre de esta sección vale la pena acotar que han existido diferentes intentos para teorizar el término género, pero hay una fuerte crítica a la difusión de este término pues en muchas ocasiones se considera que da lugar a generalizaciones reductivas o demasiado simples (Scott 1986). Una crítica principal al “género” radica en la interpretación como sinónimo de “mujeres” y una fortaleza es que indica mayor neutralidad y objetividad que el término “mujeres”, y por ello posibilita análisis más complejos. La propia Scott (1986)

esclarece que el término género apareció entre las feministas americanas, que deseaban insistir en la cualidad fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo, y expresaba un rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos como “sexo” o “diferencia sexual”.

Por consiguiente, partiendo del análisis de Scott y de otras historiadoras feministas como Gilligan y Chodorow se puede analizar el género en tres posiciones teóricas. La primera intenta explicar la génesis del patriarcado. La segunda se relaciona con la crítica feminista y se enfoca en la tradición marxista. La tercera, compartida fundamentalmente por el posestructuralismo francés y la teoría angloamericana de las relaciones-objeto, se basa en las distintas escuelas del psicoanálisis para explicar la producción y reproducción de la identidad de género del sujeto (Scott 1986). Aun con sus diferencias, todas estas posiciones llevan a comprender la violencia como expresión de control hacia el cuerpo y de la sexualidad femenina.

1.2. Una Aproximación a la violencia obstétrica

En esta sección, se realiza una aproximación breve a la violencia obstétrica. Primero aparece la génesis de la violencia en el parto que trasciende del enunciado judeocristiano “parirás con dolor”; de ahí la necesidad de analizar los pensamientos religiosos y políticos que sentaron las bases para la violencia obstétrica. Luego, se explica la transformación del parto de un proceso de acompañamiento por parteras a un acto médico. Finalmente, se describe cómo el parto luego del siglo XVII se traslada de un proceso domiciliario efectuado bajo el empirismo a una institución (hospital) bajo un modelo biomédico, conocido como modelo médico hegemónico (MMH), el cual ha promovido la patologización de procesos fisiológicos bajo la tutela del conocimiento científico.

Desde el origen de la humanidad la mujer ha sido sujeto de castigos divinos como se enuncia en uno de los argumentos judeocristianos del Antiguo Testamento: “Parirás con dolor” (Génesis 3: 6-24). Esta afirmación, adoptada por buena parte de la humanidad a lo largo de su historia, proviene del castigo divino del pecado original, en el cual Jehová condenó a Eva a experimentar dolor durante el parto. Este castigo ha condicionado la ejecución de una variedad de prácticas médicas, sociales y culturales (Rodríguez y Aguilera 2017).

James Young Simpson (1811-1870) utilizó por primera vez el éter en obstetricia, y posteriormente, en 1847, el cloroformo. Estas sustancias proporcionaban alivio ante el dolor que la mujer experimenta durante el parto. Sin embargo, tal procedimiento hizo que muchos sectores conservadores británicos conspiraran en su contra, al considerar inadecuado su uso debido a que se oponía a la idea de la condena bíblica “parirás con dolor”. Lo que nos demuestra que la medicina ha intentado promover el alivio de este proceso angustiante, pero ha encontrado dificultades como las basadas en los dogmas religiosos.

Es importante mencionar que las mujeres fueron las primeras sanadoras, médicas, enfermeras, anatomistas y consejeras de la historia occidental. Además, ellas fueron las primeras farmacólogas, que utilizaron sus cultivos de hierbas medicinales para sanar (Rodríguez y Aguilera 2017), añadiendo la práctica del arte de la partería, lo que significa que “dispensaban atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido” (OMS s.f., s. p.).

Este proceso de sanación desde el inicio de los tiempos fue promovido por mujeres que eran conocidas como sanadoras. Ellas iban de casa en casa y de pueblo en pueblo, para realizar los partos, sanar a hombres y mujeres, y promover la salud sexual y reproductiva en aquella época. Aunque su rol era indispensable para los pueblos, desde una posición o punto de vista autoritario las elites las consideraban brujas o charlatanas (Ehrenreich 1981).

De la misma manera que en la Edad Antigua, en la Edad Media entre los siglos XIII, XIV y XV, en Europa no hubo grandes cambios en relación con el parto, porque seguía siendo un proceso efectuado en la casa, en posición vertical con el acompañamiento del esposo o familiares cercanos como la madre, la abuela, entre otros. Por ende, la partera era la encargada de brindar acompañamiento a la mujer durante su embarazo, parto y postparto, además de dilucidar las dudas de los familiares en cuanto a la salud de la mujer en este período de su vida.

Beltrán (2014) destaca que, durante el siglo XIII, la medicina como profesión comenzó a regularse y a impartirse en las universidades. Para esa época la mujer estaba excluida de la academia. Al aceptarse la medicina como una disciplina que debía aprenderse de principios escritos de origen clásico, se descalificó a las mujeres que habían aprendido por costumbre y tradición, y que eran las practicantes informales de la medicina, en su mayoría parteras, sanadoras y comadronas.

La idea de la eliminación de la atención tradicional del parto nació en el proceso de toma del poder médico por parte de los hombres mediante la persecución de las sanadoras o brujas, realizada durante la Edad Media en Europa desde Alemania hasta Inglaterra. La persecución se basaba en los siguientes argumentos: promovían los crímenes sexuales, tenían una organización de brujas en contra de la corona española y poseían poderes mágicos. Este proceso violento coadyuvó al surgimiento de la nueva profesión médica en Europa. La eliminación, casi total, de las mujeres sanadoras se pudo ejecutar debido a que los médicos de la época recibían apoyo de los soberanos, los príncipes y las autoridades seculares, quienes a su vez controlaban la educación y la práctica de la medicina (Rodríguez y Aguilera 2017).

Toda esta persecución y eliminación se materializó en el accionar de la Santa Inquisición con la caza de brujas, que constituye uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales —como el arte de partear— mediante campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado (Ehrenreich 1981). Esa realidad no es ajena a la situación actual de la partería moderna, “la obstetricia”, en donde muchos países del mundo la han relegado como una práctica innecesaria, justificada por el poder médico que invalida las prácticas ajenas a su conocimiento.

Con estos antecedentes se pone de manifiesto que el arte de partear, desde su origen tiene determinantes que lo hacen una práctica femenina. Dicho arte implicaba promover en las mujeres cuidados y consejos a lo largo de su vida.

Un acontecimiento particular marcó el desplazamiento del arte de partear. En el siglo XVII, María de Médicis murió mientras estaba en labor de parto. El hecho condicionó innegablemente la sustitución de la partera real francesa por Julien Clement, el primer cirujano partero. Este acontecimiento llevaría a la revolución de la obstetricia: de un proceso fisiológico con mínimo intervencionismo e íntimo se convirtió en un proceso medicalizado y con intervencionismo innecesario, que además se trata como patológico.

En Europa, de manera casi simultánea aparece la institucionalización universal del parto en la década del setenta del siglo XVII. Con ello cambia de forma radical la atención de este proceso natural como se lo conocía hasta ese momento. Se adopta un modelo que propone tratamiento incluso para aquellos procesos biológicos que pueden acarrear algunas situaciones, como el dolor transitorio que, aun siendo innegablemente naturales, no resultan

precisamente placenteras para las personas que las padecen; este modelo se conoce como biomédico, responde a las continuas demandas de progreso de la sociedad y alimenta la idea de que existe un tratamiento para todo.

Cabe mencionar que, en este modelo jerarquizado, la persona que demanda la asistencia sanitaria es considerada un “sujeto pasivo” (paciente), carente de autonomía y, por tanto, incapaz de opinar y tomar sus propias decisiones informadas (Casal y Alemany 2014). Con el advenimiento de la institucionalización de la medicina, el parto pasa a ser un proceso acompañado bajo el MMH, el cual se define como

(...) el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde el siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (García y Alvear 2019, 51).

El modelo médico hegemónico toma mayor protagonismo desde el siglo XIX, en tanto es la clave para la formación de la cultura médica, que se define como “el conjunto de conocimientos científicos y técnicos que se adquieren en la formación universitaria y hospitalaria, y se emplean para producir una acción sobre determinados sujetos” (García y Alvear 2019, 46). Consejo, Viesca y Treviño (2008) lo plantean como los años de práctica clínica que conforman el internado y la residencia médica, los cuales son fundamentales en la formación de la identidad profesional, además de ser básicos para que desarrollen habilidades clínico quirúrgicas y conjuguen la teoría con la práctica.

Es necesario referir que este modelo de enseñanza biomédico ha atravesado diferentes momentos de la historia que condicionaron la enseñanza y el aprendizaje. Comenzó con la medicina científica, la cual “empezó en países europeos a principios del siglo XIX y, posteriormente, en Estados Unidos se reconoce que el MMH se instituyó durante la Primera Revolución Industrial” (García y Alvear 2019, 50).

Varios fueron los motivos que propiciaron la acogida de este modelo: el cambio de la política económica, la institucionalización de la medicina, la atención y la investigación que fueron

impulsadas por el informe FLEXNER (1910), en donde los conocimientos se volvieron más complejos en la investigación, en la enseñanza y finalmente en la dimensión ideológica.

En la actualidad es necesario conocer que las instituciones de salud materializan el modelo médico hegemónico a través de la práctica médica, la cual se construye día a día tomando como base la cultura médica. Además, los organismos internacionales como el Banco Mundial influyen en la práctica médica que tiene como eje central la mercantilización con mayor productividad a partir de menores recursos. Es así que la atención sanitaria se reduce a un número de intervenciones enfocadas en aspectos curativos y compactadas en un paquete de servicios brindados por instituciones públicas, donde la tecnología y los fármacos imperan y favorecen al mercado de la salud (García y Alvear 2019).

El modelo médico hegemónico es el que hemos adoptado la mayoría de los profesionales de la salud durante nuestra formación en las aulas universitarias y en los hospitales mediante nuestra práctica profesional. Tal modelo se relaciona con el origen de la violencia en la formación médica. Por ello, debemos recurrir a las definiciones de Galtung (1990), quien la explica a través del triángulo de la violencia donde ofrece tres tipos: violencia directa, violencia estructural y violencia cultural.

Para Galtung (1990), la violencia estructural es la que se encuentra de manera institucional, sin el uso de formas visibles; la podemos señalar como equivalente de la injusticia social. La violencia cultural consiste en aquella parte de nuestra cultura que permite, justifica y normaliza las expresiones de la violencia estructural y de la violencia directa. Esta última se define como “aquella en la cual destaca el uso de la fuerza para causar daño a alguien (...). Esta señala dos actores: quien realiza el acto y quien lo recibe” (García y Alvear 2019, 48).

La violencia obstétrica bajo el modelo hegemónico se encuentra rondando los establecimientos de salud en los tres niveles de atención: en el primer nivel, conformado por puestos de salud, centros de salud tipos A, B y C; en el segundo nivel de atención: consultorios de especialidad, centros de especialidad, centros clínicos quirúrgicos ambulatorios, hospitales básicos y generales; y en el tercer nivel, que lo conforman centros ambulatorios especializados, hospitales especializados y hospitales de especialidades (Ministerio de Salud Pública 2012).

En estos establecimientos debería brindarse la mejoría en cuanto a la salud materna, según la definición que la OMS hace del término salud: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1946). Por tanto, el parto debería ser considerado como un proceso que no solo afecta el estado físico, sino también afecta el estado psicológico y emocional. Sin embargo, está considerado como un proceso patológico, consideración que puede entenderse desde la perspectiva del *habitus* aquel sistema de pensamiento, percepción, apreciación y acción del sujeto hacia la realidad (Bourdieu 1998). En efecto, el *habitus* médico es el conjunto de experiencias, pensamientos, conocimientos que se desarrollan a lo largo de la formación teórica y práctica de la carrera universitaria.

García y Alvear (2019) señalan que el *habitus* tiene tres dimensiones, las cuales pueden justificar el uso de la violencia directa en alguna situación. En primer lugar, el castigo y disciplinamiento corporal en la enseñanza de la medicina, basados en la introducción, transmisión y el reforzamiento de los conocimientos por parte de los médicos de mayor jerarquía, que mediante su comportamiento o modo de enseñanza aplican el *habitus* médico durante el internado y la residencia. Y es aquí en estos lugares donde se produce la mayor cantidad de errores por los internos y residentes. Ello concuerda con lo señalado por Carreño y Sánchez (2018), quienes mencionan que la violencia obstétrica se genera en la academia y en las instituciones donde se forma el personal de salud; esta violencia provoca impotencia a quienes violan sus derechos de manera reiterada. Su instrumento es el poder investido por el orden médico (Carreño y Sánchez 2018).

Algunos de los castigos utilizados, es decir, las formas de la violencia directa son: “prolongación de las guardias y privación del sueño, trabajos de investigación sobre los errores cometidos, desacreditación del médico frente a sus iguales y sus pacientes, repetición de tareas burocráticas y administrativas, agresiones físicas y verbales, etcétera” (García y Alvear 2019). Con este preámbulo se intenta dilucidar que el *habitus* médico, bajo la enseñanza de la cultura médica no solo afecta a los usuarios o gestantes, sino que afecta a sus colegas dentro del campo médico donde se desarrolla la atención obstétrica.

Hay que reconocer también la relación de poder en la línea de mando. Esto genera que las órdenes procedentes de jerarquías más altas son acatadas por las más bajas, y se lleguen a realizar tareas ajenas al ámbito académico y laboral (García y Alvear 2019). En otras

palabras, la medicina es una “carrera altamente jerárquica”, tal como lo expresó Castro (2016) en el conversatorio de violencia obstétrica en la Universidad Autónoma de México. El autor compara la carrera médica con la carrera militar y religiosa, y concluye que son carreras en donde las jerarquías juegan un papel fundamental en su desarrollo. Finalmente, en relación con la perspectiva de género, Castro (2016) indica que esta práctica se evidencia en ciertas especialidades como la cirugía, en donde hay un predominio casi absoluto de hombres sobre mujeres, mientras que, en otras especialidades como ginecología no se evidencia la exclusión de las mujeres porque desde su nacimiento fue una profesión para mujeres.

Según Walsh (2010), la futura madre adopta la posición de “sujeto pasivo” o paciente, quedando así despojada del control sobre su propio cuerpo. Mientras el personal de salud, desde su posición de autoridad dentro de la jerarquía sanitaria, aborda el “problema” como si de una patología se tratara. Con este antecedente se pone en evidencia que a través de esa atención jerárquica se invisibiliza los derechos de las gestantes sobre su propio cuerpo durante el embarazo en el control prenatal, el parto en la libre posición, el acompañamiento, la libre elección de prácticas culturales como la entrega de la placenta, el corte del cordón umbilical, entre otras (Ministerio de Salud Pública 2008, 40).

Además, se viola el derecho de las mujeres a estar informadas debido a que no se les proporciona toda la información que deberían manejar durante la atención en su salud materna. De ese modo, el desconocimiento le permite al personal sanitario actuar con total poder sobre sus cuerpos y se les priva de su voz, que a consecuencia de ello la mayoría de las veces se les realizan prácticas innecesarias o injustificadas, de ciertas técnicas cruentas (episiotomías, cesáreas, etc.) las cuales son violentas, duras y sangrientas y pueden conllevar efectos secundarios (Casal y Alemany 2014).

Es importante señalar que la OMS (2014) afirma que todas las mujeres tienen derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto. Además, la Organización Human Rights in Childbirth (2012) menciona que en esta atención se entrecruzan distintos derechos como a la dignidad, a la intimidad, a la integridad física, a la autonomía. Sin embargo, estos derechos están siendo violentados en el momento en que el personal de salud ejerce violencia obstétrica sobre un proceso fisiológico.

La mayoría de los derechos humanos mencionados por la OMS y HRIC fueron y quedan vulnerados ya en el cambio de posición del parto efectuado en época moderna: desde una posición vertical a la posición horizontal. Con esto se ha otorgado el poder del saber a los trabajadores de la salud sobre el embarazo parto y postparto. A consecuencia de ello las mujeres durante el embarazo, parto y postparto son más propensas a sufrir violencia, por tanto, es necesario señalar:

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza (Bourdieu y Passeron 1977, 44).

En otras palabras, la violencia simbólica en la gestante permite la violación de su salud y otros derechos como el derecho a la no discriminación, autonomía, vida libre de violencia, entre otros. Los trabajadores de la salud no reconocen que esta práctica resulta inadecuada, que es un tipo de violencia donde se legitima el poder y se fundamenta en las precepciones sociales en donde su propia fuerza no es útil.

Belly (2013) destaca que, desde los inicios de la medicina moderna, las maternidades intervenidas han tomado cada vez más fuerza. Las maternidades se desarrollan, en su gran mayoría, en torno a saberes científicos diseñados para su regulación y control basados en la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico (Belly 2013).

En una investigación sobre la violencia obstétrica desde la perspectiva foucaultiana, se concluye que “la violencia obstétrica es un producto ideológico, basado en una hegemonía del saber/poder que detentan los profesionales médicos y en una apropiación del cuerpo de las mujeres a través de un sistema de salud altamente jerarquizado” (Lafaurie et al. 2019, 7). Esto quiere decir que la violencia que se ejecuta en los hospitales hacia las gestantes es de género, institucional y obstétrica. La primera por el hecho de ser mujeres, la segunda por desarrollarse en una institución y la tercera por desarrollarse en la maternidad.

Quattrocchi (2018, 20), en el texto “Violencia obstétrica en América Latina”, señala que “en la década pasada, se introdujo un nuevo término legal para proteger a las mujeres durante el

parto: ‘violencia obstétrica’ (VO)”. El concepto denota actos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido al abuso de patologización de los procesos naturales, a injustificadas intervenciones médicas o al trato deshumanizado.

Hay países en América Latina como Venezuela, Argentina y México que han impulsado, a través de la normativa, la erradicación de este tipo de violencia ejercida contra la mujer. A continuación, se presenta una breve descripción de tales avances.

Para Venezuela su primer reconocimiento institucional sobre violencia obstétrica, y que fue primordial para el país, fue la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, normativa fundamental para hacer frente a la violencia (Benítez Guerra 2008). En Argentina, se aborda esta problemática con la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley N.º 26485) en el año 2009; en particular con el artículo 6, donde se menciona la violencia obstétrica de conformidad con la Ley N.º 25.929 (Valenzuela et al. 2019).

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue publicada el 1 de febrero de 2007, tras un largo proceso legislativo. Esta normativa ha sido reformada constantemente de acuerdo con las necesidades de las distintas entidades federativas que apoyan la no violencia hacia la mujer, dentro de ello se ha reservado un espacio para sancionar la violencia obstétrica (MEXICANOS 2017).

Por lo general, los estudios acerca de la violencia obstétrica suelen focalizarse en prácticas clínicas inadecuadas y normalizadas en el embarazo y parto como procesos patológicos, en los que las instituciones sanitarias toman el poder adoptando una actitud paternalista se incluyen como prácticas de violencia obstétrica a las cesáreas, episiotomías innecesarias o esterilizaciones no consentidas (Tricas 2019). Varias de las prácticas mencionadas han sido desaconsejadas porque violentan los derechos de las mujeres durante el parto y han sido consideradas innecesarias por la última evidencia científica. La OMS (2014) señala en su recomendación que:

(...) la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y

confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto (OMS 2018, 28).

Además, la OMS (2014) anunciaba en su documento “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

Finalmente, en las últimas décadas se ha instaurado una preocupación a nivel mundial, relacionada con el maltrato, la falta de respeto o la violencia que las instituciones sanitarias ejercen sobre las mujeres en el momento del parto (Tricas 2019, 29). Con este antecedente se puede agregar que la violencia obstétrica desde su concepto también devela la existencia de un fenómeno multifactorial centrado en relaciones asimétricas de poder, altamente jerarquizada, que determina la pérdida de autonomía de las gestantes sobre sus cuerpos lo que conlleva a la afectación de los derechos sexuales y reproductivos en una institución (Lafaurie et al. 2019).

1.3. Políticas públicas en relación a la salud materna

En este acápite, se aborda las políticas públicas a nivel nacional e internacional desde las perspectivas de los derechos humanos. En relación con las políticas públicas internacionales partiremos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que defiende los derechos de los hombres y las mujeres con la finalidad de disminuir las desigualdades. Luego, se analiza la Constitución del Ecuador (2008) para finalizar con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2017-2021.

Es necesario indicar que hasta la actualidad hay actos de la atención médica que violan los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Además, es importante indicar que el menosprecio de los derechos humanos ha originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad. El respeto a todos los derechos humanos se ha proclamado como la aspiración más elevada de la persona, el advenimiento de

un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de creencias, así como del respeto a la dignidad humana (ONU 1948, 1).

Aun cuando consten en esta declaración con más de medio siglo, para que se respeten los derechos, estos deben ser garantizados. El derecho al acceso a una atención sanitaria universal se debe garantizar con un enfoque integral, en el cual todas las dimensiones del ser humano la física, psicológica y la emocional se encuentren integradas. Así, la salud se puede desarrollar libre de actos que vulneren las creencias o estén condicionadas por la etnia, la clase, etc.

Un referente importante en cuanto a los derechos de las mujeres es la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de Viena (1993), que evidencia un enfoque integral de los derechos humanos y el compromiso de los Estados y de la comunidad con su promoción y protección a nivel internacional, nacional y local. Aprobado en Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104, del 20 de diciembre de 1993, y publicado el 23 de febrero de 1994, en este documento se aborda de manera clara y específica la violencia contra la mujer. En su artículo primero se ofrece una definición: todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada (ONU 1993).

En el informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), se señala que la dignidad individual y los derechos humanos, incluido el derecho a planificar la propia familia, son fundamentales. Además, se define la salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (ONU 1994, 37). Es necesario indicar que los derechos sexuales y reproductivos constituyen derechos básicos que instan a informarse y a decidir de forma libre y responsable sobre la sexualidad, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre embarazos y así tratar de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (ONU 1994).

Otro referente significativo es la Conferencia Mundial sobre la Mujer en su cuarta reunión, celebrada en Beijing en 1995 y adoptada de forma unánime por 189 países. Entre sus

objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres planteó el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales y dio como resultado uno de los documentos clave de la política mundial sobre igualdad de género. Marcó un importante punto de inflexión al indicar que

(...) la violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (ONU 2015, 52-53).

Este documento demuestra que la lucha por la igualdad de género representaba una estrategia principal para erradicar esas brechas en lo social, económico y político a nivel global.

La Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada por Naciones Unidas en 1979, ratifica la violencia contra la mujer como una forma de discriminación. Además, en el Comité de tratado se dictó la Recomendación N.º 19 (RG 19) en el año 1992, instrumento en el cual se argumentó que la violencia contra las mujeres como forma de discriminación impide gravemente el goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre, ligando así el fenómeno de la violencia con el de la discriminación. En 2017, con la RG 35, el Comité vuelve a pronunciarse sobre la violencia contra las mujeres, esta vez enfatizando en el factor del género dado los notables avances en la delimitación y conceptualización del fenómeno y abordaje teórico y metodológico de este problema. La RG 35 complementa y actualiza la orientación formulada a los Estados parte en la RG 19 y debe leerse conjuntamente con ella.

El 9 de junio de 1994 la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó y promovió la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como “Convención de Belém Do Pará”. Es importante mencionar que la convención detectó un vacío legal en la CEDAW, a saber: la violencia es una violación de los derechos humanos y la violencia contra la mujer es una ofensa a la

dignidad humana, una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, una violación de los derechos humanos, que trasciende raza, sexo, clase, entre otros.

En la convención, se indica que la violencia puede darse tanto en el ámbito público como en el privado, puede expresarse de diversas formas: física, psicológica, sexual, entre otras. Se menciona que la mujer tiene derecho a una vida libre de violencia. Incluso se considera varios factores que pueden incidir específicamente en la violencia hacia la mujer: cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable, afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

En la tabla 1 consta la normativa más relevante a nivel nacional en Ecuador desde 1994.

Tabla 1. Normativa en relación con la violencia obstétrica a nivel nacional en Ecuador

Año	Acción	Objetivo
1994	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Garantizar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva.
2004	Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Su objetivo es “disminuir las brechas existentes entre los enunciados de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos” (Ministerio de Salud Pública 2004, 27).
2005	Código de la Niñez y Adolescencia	Garantizar la asistencia de niños, niñas y adolescentes y crear las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y parto a favor de la madre, especialmente si son madres adolescentes.
2005	Plan de Reducción de la Mortalidad Materna	Realizar la actualización de las normas de Atención Materna y Neonatal, y la elaboración de un manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-infantil incorporando una serie de intervenciones clínicas basadas en evidencia y de probada eficacia en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.
2007	El Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva	Diagnosticar los factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna y la creación de los Comités de Mortalidad Materna. Crear de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC).

2008	Constitución del Ecuador	El Estado ecuatoriano reconoce el derecho a la integridad personal (CRE 2008, art. 66) y a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado, asumiendo un rol fundamental en la garantía y protección de derechos, para lo cual ha definido leyes, políticas y otras medidas de índole social, cuya finalidad es la prevención y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres.
2008	Estrategia CONE	Asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad.
2008	Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y declaración de los Capítulos Normativos que lo integran, como política pública prioritaria para el sector salud. (Acuerdo Ministerial 474)	Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como el conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.
2010	Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA)	Incrementar la capacidad de la población para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción. Además, integra a los grupos LGTBI.
2013	Se normatiza el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonata	Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y postparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional.
2014	Transferencia la Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar ENIPLA, al Plan Familia Ecuador.	Ejercer la rectoría en la prevención del embarazo adolescente con enfoque de familia. Se disminuye el presupuesto y se enfoca en los valores familiares más que en la evidencia científica.
2017-2021	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	“Garantizar a toda la población del territorio ecuatoriano una atención integral y de calidad, a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador”.

Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

1.3.1. Glosario

Violencia, según la OMS (2002, 15):

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La **violencia basada en género** se define como:

(...) cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada (ONU 1993) <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Violencia simbólica: “Es una apuesta conceptual muy fuerte en la teoría sociológica de Pierre Bourdieu. Ella está en todas partes, pero de manera especial se reproduce, invisible e inexorablemente, en los sistemas de enseñanza” (Peña 2009, 63).

Percepción:

1. Acción y efecto de percibir.
2. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.
3. Conocimiento, idea (Real Academia de la Lengua Española 2019).

Personal sanitario o de salud: “Son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud” (OMS 2006, “Informe sobre la salud en el mundo”).

Establecimiento de salud: “Lugar, sitio o instalación donde se llevan a cabo actividades relacionadas con la atención de la salud humana o animal” (Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía s. f.).

Niveles de atención: “Una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (García 2006, 12).

Sistema de salud

Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS 2005).

Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2005).

Enfermedad: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS 2005).

Embarazo: El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Ministerio de Salud Pública 2015, 10).

Control prenatal:

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (Ministerio de Salud Pública 2015, 10).

Embarazo sin riesgo o normal: “Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad” (Ministerio de Salud Pública 2015, 10).

Embarazo de riesgo: “Es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias” (Ministerio de Salud Pública, 2015, 10).

Parto: “Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto” (Ministerio de Salud Pública 2015, 11).

Educación prenatal: “Preparación a la embarazada y a los futuros padres para encontrarse listos para el nacimiento, el cuidado del niño y la paternidad” (Ministerio de Salud Pública 2015, 11).

Factores de riesgo modificables: “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado” (Ministerio de Salud Pública 2015, 11).

Factores de riesgo no modificables: “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido” (Ministerio de Salud Pública 2015, 11).

Capítulo 2

Una mirada de la violencia obstétrica en el cantón Taisha

En este capítulo se analiza el testimonio de los trabajadores de salud del Hospital San José de Taisha, para describir y comprender el fenómeno de la violencia obstétrica en Ecuador. Además, se hace énfasis en la comprensión del fenómeno de estudio y la percepción del mismo. Por último, se presentan las conclusiones como resultado del trabajo de investigación orientado a los objetivos de investigación

En el Ecuador, con relación a la temática de la violencia obstétrica ejercida por profesionales de la salud existen muchos estudios realizados desde los enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto. Sin embargo, casi todos han sido realizados en grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca y muy pocos han sido efectuados en regiones de difícil acceso, pobres y rurales; este estudio se centra en un área con estas últimas características.

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, el cual “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández y Baptista 2016, 40). A través de este enfoque pudimos obtener las percepciones de los distintos trabajadores de salud en relación con la violencia obstétrica. Según Castro (2015), esta es aprendida durante el ciclo académico y posteriormente aplicada en el ámbito profesional en los establecimientos de salud donde brindan atención sanitaria a las gestantes.

En el enfoque cualitativo, el diseño hace alusión al abordaje general que emplearemos en el proceso de investigación (Hernández, Fernández y Baptista 2016). Miller y Crabtree (1992) lo denominan aproximación; Álvarez-Gayou (2003), marco interpretativo y Denzin y Lincoln (2005), estrategia de indagación (citados en Hernández, Fernández y Baptista 2016). Por ende, la fenomenología se utiliza cuando se busca entender las experiencias de personas sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de este y entre las disciplinas en las cuales se cuenta con más antecedentes como: ciencias de la salud, ciencias naturales, ingenierías y educación (Hernández, Fernández y Baptista 2016).

Además, la población que formó parte de esta investigación estuvo constituida por profesionales de la salud que laboran en el Hospital Básico San José de Taisha. Cabe

mencionar que, según datos del Distrito 14D05, el equipo de trabajo cuenta con 5 trabajadores de la salud que se encuentran distribuidos en dos grupos: amarillo y azul. El primero labora 22 días y cuenta con un médico familiar, un médico general y una enfermera. Mientras que el segundo grupo labora los siguientes 22 días y cuenta con un médico general y un enfermero.

La muestra se obtuvo mediante la técnica de muestreo no probabilístico que para Hernández (2016, 176), es “aquella que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador”. Por lo que, la muestra que se recopiló en este estudio es no probabilística, porque los sujetos de investigación fueron seleccionados a conveniencia del investigador ya que cumplían con las siguientes características: profesionales de la salud que realicen sus actividades de manera regular en el centro obstétrico atendiendo embarazo, parto y postparto, profesionales que acepten participar voluntariamente en el estudio y que tengan mínimo seis meses de experiencia en dicho establecimiento de salud del cantón Taisha.

Mertens (2010) y Borg y Gall (1989), citados en Hernández (2016), precisan que de acuerdo con el propósito del estudio el mínimo número sugerido es de 30 casos por grupo o segmento del universo en estudios transeccionales, descriptivos o correlacionales. No obstante, Carolina Martínez (2011) indica que la investigación cualitativa puede trabajarse con números relativamente pequeños de unidades de observación, en ocasiones incluso con un único caso. En este estudio se emplea una muestra pequeña, compuesta por un obstetra, un médico y un licenciado de enfermería.

Por consiguiente, en el proceso de selección se elaboró un oficio al Dr. José Ignacio Cordero, director del Hospital San José de Taisha, así como a la Ph. D. Mónica Ayala, quien es la directora del Distrito de Salud 14d05 Taisha- Salud. Estas autoridades son las encargadas de autorizar la realización de cualquier tipo de investigación sanitaria dentro de su jurisdicción.

Los métodos utilizados para abordar la percepción sobre violencia obstétrica en los profesionales de salud de la Unidad Anidada Taisha fueron dos. El primero fue el inductivo-deductivo, método basado en la lógica, relacionado con el estudio de hechos particulares y que está conformado por dos procedimientos: la inducción y la deducción. La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, mientras que la deducción es lo opuesto porque pasa de un

conocimiento general a uno más específico o denominado conocimiento particular. En este texto se ha intentado establecer un diálogo entre los dos procedimientos: aproximarse a un estudio de caso a través de un bagaje teórico de conocimiento general sobre un tema, para luego poder ampliar unas generalizaciones a partir de un estudio de caso.

El segundo método utilizado es el de la triangulación de datos que, siguiendo a Hernández (2016), constituye una interpretación y fundamentación concreta basada en la combinación de los datos obtenidos en la investigación cuantitativa y cualitativa, además de las teorías científicas que dan soporte a la investigación. Este método puede ser temporal (se relaciona con los datos recogidos en distintas fechas para comprobar si los resultados son constantes); espacial (hace relación con los datos recogidos que se hacen en distintos lugares para comprobar coincidencias) y finalmente el personal que se relaciona con la diferente muestra de sujetos (Aguilar y Barroso 2015).

El instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado el cual fue diseñado a partir de los objetivos de estudio. El mismo contaba con 20 preguntas distribuidas de la siguiente manera: siete preguntas para responder el primer objetivo, seis para el segundo objetivo y siete para el tercer objetivo. Sucesivamente, se procedió a validarlo de manera colectiva en el Taller de Tesis II.

El cuestionario fue aplicado mediante la técnica de la entrevista, que para Supo (2012) es la evaluación que se realiza al individuo que no puede pasar inadvertido de su participación, por lo que se requiere del consentimiento informado para su participación. La entrevista puede ser estructurada si cuenta con una guía. Esta técnica es utilizada únicamente cuando la unidad de estudio es un individuo. En este estudio nos permitió conocer de manera confidencial y real cuáles son las percepciones de los trabajadores de salud del Hospital San José Taisha.

Finalmente, en lo que respecta a las consideraciones éticas, el estudio no afectó la integridad física, psicológica y emocional de quienes participaron, ya que se obtuvo un consentimiento informado y se utilizó un cuestionario semiestructurado explicitando su uso. Además, se solicitó la autorización respectiva para proceder con la recolección de información. Por lo tanto, se respetaron los principios de libre decisión en la participación. De igual modo, se han ocultado bajo seudónimos las verdaderas identidades de los participantes a fin de protegerlas.

Para la presentación de los resultados de las entrevistas se agruparon las expresiones en núcleos de sentido sobre la percepción de los profesionales de salud entrevistados. Las personas entrevistadas tienen entre 28 y 35 años, se trata de un hombre y dos mujeres: un médico, una obstetra y una licenciada de enfermería, dos personas trabajan en el área de emergencia y una en consulta externa del Hospital San José de Taisha.

3.1. Análisis de los resultados

A continuación, se describe toda la información recopilada a través de las entrevistas a los trabajadores de la salud, divididas según 13 preguntas.

¿Usted sabe qué es la violencia obstétrica?

Alfa observa que, “como su nombre lo indica, es la violación de los derechos de la usuaria o paciente, en este caso de las mujeres durante el embarazo, tanto a nivel ginecológico u obstétrico” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Beta señala que “si tengo una base general, lo que es la violencia obstétrica, conlleva el círculo de la atención obstétrica en la atención prenatal, en el parto y en el puerperio” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma esclarece que “es una inadecuada atención por los profesionales de salud donde se le grita, se les trata mal, no se les atiende: eso es violencia obstétrica (...). La violencia obstétrica puede darse en sentido directo como gritando, maltratando o realizando procedimientos y de manera indirecta cuando vemos y no hacemos nada” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018) hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica:

Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y

reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (Asamblea Nacional 2018, 10).

Al analizar las respuestas podemos señalar que los profesionales tienen percepciones diferentes sobre violencia obstétrica, cada uno la define de manera breve tomando en consideración un tema fundamental: la violación de los derechos sexuales y reproductivos enmarcados en los derechos humanos. Además, abordan la problemática desde los diferentes componentes que la integran como la atención de los procesos fisiológicos que son visibilizados como patológicos, la excesiva medicalización en procesos innecesarios y la falta de información antes realizar procedimientos y finalmente el perjuicio ejecutado hacia la salud mental de las mujeres en este proceso natural y único.

En relación con el planteamiento, ¿ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su formación y su ejercicio profesional? ¿Por parte de quién ha presenciado el maltrato de una embarazada durante su formación?

Alfa expresa: “Sí, más en mi formación... recuerdo cuando estaba en mi externado, en el centro de salud en el norte de Quito —no recuerdo el nombre—, yo comenzaba ahí mi aprendizaje de obstetricia y tenía esa amabilidad para atender, pero la obstetriz de allí era grotesca para atender o imponente (...)”. Y agrega: “Más [lo] he notado en las enfermeras que son prepotentes con los pacientes, pero también los/as obstetras y médicos tampoco respetan los derechos del paciente” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta menciona: “He visto obstetras y médicos que [las] juzgan a quedarse embarazadas, ellos emiten juicios de valor en vez de llevar un contacto mejor, lo he visto. Maltratan cuando no van a los controles, claro que es un deber del paciente, pero no es necesario juzgar” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). En tanto, Gamma refiere: “he visto que muchas profesionales maltratan a los pacientes sobre todo médicos. Cuando yo era estudiante sí vi maltrato a las mujeres por no traer sus libretas de control por parte de mis tutoras” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Para Consejo, Viesca y Treviño (2008), el ambiente y su relación con el estudiante son determinantes en la última etapa de su educación formal. El alumno durante estos años se

enfrenta a la tarea de aprender a ejercer una profesión, a relacionarse con los pacientes y a asumir la responsabilidad que se desprende del ejercicio de la misma. Además, hay varios factores provenientes del entorno laboral que afectan el desarrollo de esta identidad y que determinan la forma de su desempeño laboral. Finalmente, desde hace varias décadas se ha realizado una crítica hacia la deshumanización de la medicina ya que a lo largo de su formación los profesionales se vuelven cada vez más y más clínicos y menos humanitarios. Con este antecedente, se puede analizar que todos los participantes han experimentado violencia durante sus años de formación. Esta ha sido ejercida por sus propios tutores, quienes se suponía eran los que debían brindarles las herramientas clínicas, teóricas y éticas en la atención de los usuarios. Además, en el ejercicio profesional la violencia fue ejercida por una amplia variedad de profesionales de la salud como médicos, obstetras, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc. Tales profesionales han promovido actos hirientes hacia las usuarias vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos durante la atención obstétrica. Por lo que, se concluye que esta manera de enseñar promueve en los estudiantes un modelo de atención hegemónico en donde todo tiene una explicación patológica que se impregna de malos tratos, irrespeto, falta de ética, etc.

¿Usted se ha sentido forzada a participar de alguna manera en una situación de violencia obstétrica durante su formación? ¿Y en su trabajo?

Ante esta interrogante, Alfa contesta: “En mi formación cuando yo estaba aprendiendo a hacer la maniobra era muy delicada en aplicar, que cuando mi profesora me veía y me gritaba: ‘APRIETE BIEN LA BARRIGA de la paciente, aprenda a palpar las partes fetales’; todo eso en presencia de la mamita. Me sentí obligada hacerle de una manera brusca y luego se terminó la consulta y ella me seguía recalando porque no hice como se debe hacer o porque no le hice caso” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Según Beta, “no me he sentido forzado a participar de manera directa, pero creo que sí he participado porque he visto que les gritan a las mujeres, pero no he dicho nada porque no he sabido qué decir. Luego de eso me he sentido mal sabiendo que podía haber hecho algo, pero no lo he hecho” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma señala: “Sí, me he sentido obligada a realizar tareas que no eran necesarias realizarlas para mí, pero lo tengo que hacer ya que si no lo hago luego hay represalias por no haber hecho lo que dicen los médicos tratantes, aunque yo sé que no se lo debe hacer y luego

me siento mal por eso” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

En un estudio sobre la violencia obstétrica desde la perspectiva foucaultiana se explica esta categoría “como un producto ideológico, basado en una hegemonía del saber/poder que detentan los profesionales médicos y en una apropiación del cuerpo de las mujeres a través de un sistema de salud altamente jerarquizado” (Lafaurie et al. 2019, 7). Esto quiere decir que la violencia ejecutada en los hospitales hacia las gestantes es de género, institucional y obstétrica. La primera por el hecho de ser mujeres, la segunda por desarrollarse en una institución y la tercera por desarrollarse en la maternidad.

Con este antecedente podemos analizar que todos los participantes durante su formación médica han formado parte de la violencia obstétrica ejercida a usuarias por parte de sus tutores en el sistema nacional de salud. Además, se puede evidenciar que al no realizar estos procedimientos se invalidan como verdaderos profesionales de la salud de mayor jerarquía.

¿Se sintió afectada/traumatizada por alguna vivencia durante su formación o durante su trabajo?

Alfa señala que “la única más cercana fue cuando mi docente del internado le hizo Kristeller a la paciente, realmente no sabía qué hacer... ella me dijo que es la única manera de que salga el bebé, y me sentí mal porque solo me dediqué a ver. Creo que fui cómplice de esa violencia” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Mientras Beta rememora: “Me quedan recuerdos que durante mis años de formación en la universidad pude haber hecho algo y pude evitarlo... eso me queda en la mente y eso me ayuda a tratar de evitar eso en la actualidad” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma refiere que “cuando yo estaba en mi internado me marcó cuando una mamá de raza negra no podía dar parto y los médicos, enfermeros y estudiantes de obstetricia le decían que si no pujaba se iba a morir su bebé y la mujer lloraba y decía que le ayuden y al final de todo le hicieron Kristeller, episiotomía, le pusieron mucha medicación y su bebé salió con lesiones de tanto maltrato” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Rodríguez Czaplicki (2018), en el texto “Los traumas psicológicos del parto violento y la débil protección de la justicia a las mujeres”, argumenta que las secuelas de un “parto violento”, tal y como lo definen las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, trascienden el cuerpo. A veces, las consecuencias físicas se solventan con ayuda de obstetras y fisioterapeutas, pero cuando unas mujeres han sufrido un trauma grave necesita la ayuda psicológica profesional. Pero no hay que olvidar que otros seres humanos están dentro de este acto atroz y también necesitan un proceso de sanación al ser espectadores de esa violencia que los marca de por vida.

Al analizar las respuestas se puede concluir que todos los trabajadores de la salud fueron marcados por actos de violencia obstétrica. Los mismos que les sirven de guía para no reproducirlos en la atención del parto. Además, todos los profesionales de salud entrevistados tienen un sentimiento de culpa, por no haber detenido el acto de violencia obstétrica en ese momento. Finalmente, es necesario recalcar que todos estos actos fueron una orden emitida por el personal de salud de mayor jerarquía como ginecólogos, obstetras y médicos residentes, quienes detentaban el poder en ese momento y en ese lugar.

¿Con base en su experiencia, se informa correctamente a las mujeres de su proceso y opciones para que puedan tomar una decisión totalmente consciente? ¿Se respeta la autonomía de las mujeres en procedimientos antes de realizarlos?

De acuerdo con Alfa, “es importante informar a la paciente todo lo que puede pasar porque hacer al apuro y dejar al último las cosas todo va mal (...). Uno como profesional le da la información necesaria, uno tampoco puede estar detrás de ella siempre” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Beta explica: “Yo realmente cuando realizaba mi internado pegaba el tiempo para explicar a las embarazadas. Pero, yo veía que mis amigas le daban un papelito donde están las indicaciones de cuidado y ya solo eso. Es parte de la usuaria y del profesional por eso es que no hay resultados” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma plantea que “tristemente hay casos, debido al flujo de pacientes o el número escaso de personal, pese a que el personal esté con todo ese afán de atender a los pacientes, no se logra que se informen adecuadamente, por eso hay que hablar en todas las consultas sobre los signos de alarma y el plan de transporte” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La OMS (2018), en el texto “Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, reconoce que el parto debería ser una experiencia positiva con un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. Estas intervenciones deben realizarse a través de una comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. Esto influye, a la postre, en la llegada de un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico. Ello implica apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.

Con este antecedente, señalamos que todos los participantes consideraron fundamental la información acerca del embarazo en las usuarias. Indican que el acceso a dicha información sobre la atención de su parto depende en su gran parte del profesional de la salud. Sin embargo, señalaron que uno de los obstáculos es el incumplimiento de los controles prenatales por lo que no encuentran informadas sobre signos de alarma en el embarazo, parto, postparto, la elección de su posición en el parto, el acompañamiento desde su elección, la libre deambulacion, la entrega de la placenta, etc. Además, es importante promover cómo llegar al establecimiento de salud de manera oportuna ante algún signo de alarma durante este proceso que pueda poner en riesgo su vida y la del bebé; y finalmente, puedan tomar decisiones libres e informadas en torno a su salud sexual y reproductiva.

¿El personal sanitario se identifica correctamente con nombre y cargo? ¿Se presenta adecuadamente antes de hacer cualquier valoración o intervención? ¿Suelen tener un trato respetuoso con las pacientes?

Alfa señala que “realmente no se cumple con presentarse a todos los pacientes, incluso ni siquiera hay suficiente tiempo para que se le atienda, no hay el tiempo necesario para que el profesional le cumpla todas sus expectativas. Para los procedimientos se informa antes de realizarlos (...), realmente no se respeta las decisiones del paciente es porque la usuaria no está informada, y el profesional se las sabe todas” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta coincide en que “no se identifica adecuadamente”, y agrega que “se podría realizar una atención mejor”. No obstante, esclarece algunos factores que inciden en la correcta identificación del nombre y cargo: “hay lugares que sí se puede hacer, en otros no, pero depende del lugar y el número de pacientes (...). Antes de cualquier valoración siempre se hace el consentimiento informado, el cual puede ser verbal o escrito, ahí se informa de lo que se va hacer” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Por su parte, Gamma plantea: “Depende del profesional: hay unos que sí se presentan siempre y otros no les importa eso, pero por mi parte yo siempre lo hago. (...). Las valoraciones se hacen siempre con su consentimiento dando un trato respetuoso” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La OMS (2018), en el texto “Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” solicita asegurar la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. Además, insta a promover una atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad. La guía de práctica clínica del control prenatal (2016) plantea que entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones acertadas acerca de sus cuidados bajo los siguientes paradigmas: ¿en dónde será atendida, ¿quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto? La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.

Con respecto a los participantes, se puede concluir que para todos es importante presentarse ante la paciente para fortalecer la relación entre el prestador de salud y la usuaria. Sin embargo, el poco tiempo de la consulta —20 minutos por paciente— o tener muchas actividades para realizar en la misma consulta —como el examen físico y llenar una serie de matrices— hacen que esta actividad en muchas ocasiones no se realice.

En cuanto a los procesos de valoración e intervención todos los participantes concuerdan en que todos los procedimientos deben ser informados antes de ser ejecutados incluso algunos como el lugar de parto, el acompañamiento y cómo llegar al establecimiento de salud ya son

valorados en el control prenatal. El proceso puede realizarse de manera verbal o escrita y se debe efectuar respetando su privacidad.

En relación con los procedimientos realizados durante el parto, ¿cuáles son indicados y cuáles no?

Sobre este tema, Alfa explica:

A nivel de centros de salud se respeta las medidas de acompañamiento de ingesta de comida, los tiempos de dilatación; no se realiza rasurado, enema... eso está contraindicado por el Ministerio de Salud Pública. (...). La episiotomía ya no se aplica debido a que antes tenían malas prácticas: antes salía la cabeza y se aplicaba el corte. Lo que he visto es que los profesionales dirigen los pujos de manera correcta, pero a veces las usuarias no aplican como el profesional le ha enseñado por eso son necesarios los talleres de psicoprofilaxis. Además, sí se les informa los métodos para aliviar el dolor; de eso se encarga la Unidad Anidada Taisha (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta menciona que “no se realiza nada que esté fuera de la normativa, a todas se les pide un trato adecuado a las mamacitas, pero es difícil por las culturas algunas intervenciones. Se les informa de alivio del dolor, sobre todo las obstetras les tratan de explicar y les ayudan a respirar, [y le informan] que si es necesario le van a aplicar un tipo de medicación. En relación al acompañamiento por lo general se permite el ingreso de la persona de su elección, se les provee de alimentación durante su atención, no se realiza episiotomía de rutina y la placenta muy pocas veces se ha entregado, por lo general no la piden” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma señala: “No he visto ningún procedimiento fuera de lo que se deba realizar, creo que se cumple con los protocolos de atención siempre en el Hospital San José de Taisha” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Bourdieu (2001) define al conocimiento como el producto de la relación que el sujeto mantiene con el objeto. Los sistemas de pensamiento, percepción y acción, sistematizados e interiorizados a lo largo de la experiencia del sujeto, es decir el *habitus*, son resultado de la relación que este tiene con la producción de conocimiento. Tal *habitus* puede observarse en la realización rutinaria de los procedimientos, que se basa, por lo general, en la experiencia de

los profesionales de la salud más que en protocolos de atención. El propio autor refiere que el conocimiento puede existir tanto de forma consciente como inconsciente. A la entidad que adopta ese conocimiento inconsciente la denomina doxa. Esta doxa es moldeada y determinada por la interacción que mantiene el sujeto con el medio, por las características del *habitus*, que el sujeto adopta a lo largo de su experiencia, pero también determina la morfología del *habitus*, estableciéndose una interacción dinámica entre la doxa, el *habitus* y las redes de intercambio de capital que constituyen a la sociedad y que atraviesan a cada uno de sus miembros.

La OMS (2018) señala que se han realizado estudios que demuestran que a un porcentaje considerable de embarazadas sanas se les ha practicado como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto y el parto, como las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía. Además, a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto se les continúa aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones.

Este enfoque intervencionista no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia. Además, el uso cuestionable de tecnologías en entornos con recursos abundantes, aun cuando los beneficios clínicos estén poco claros, ha hecho aún más profunda la brecha de equidad para las embarazadas y los recién nacidos en los grupos poblacionales desfavorecidos.

Al analizar los procedimientos efectuados durante el embarazo, parto y postparto se deduce que todos conocen los procedimientos que no deben realizar durante la atención del parto. Ellos manifiestan que hay una normativa MSP acerca del parto normal que les indica cómo actuar durante el trabajo de parto. Finalmente indican que ellos cumplen con la normativa de forma estricta, además, cumplen con los protocolos propios de la certificación que tiene el hospital como establecimiento de salud Amigo de la Madre y el Niño.

¿Se respetan los tiempos de cada caso personal? ¿Se intenta acelerar el proceso de forma rutinaria? ¿Se realizan roturas de membranas rutinarias o maniobra de Kristeller para acelerar el proceso? ¿Se dirigen los pujos en el expulsivo?, ¿de qué forma?

Alfa señala que, “por ejemplo, se maneja partograma, de acuerdo con eso se actúa: se sube la dosis de oxitócica, si no hay una dilatación se hace una referencia, he visto que la usuaria está evolucionando bien y faltando poco se les ocurre romper membranas pese a que hay protocolos. Además, aplican la maniobra de Kristeller, eso lo vi en mi internado, pero acá no se ve eso. Todo se hace bajo los protocolos del Ministerio de Salud Pública (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Para Beta, “Sí se respetan los tiempos, nunca he observado que hagan las cosas mal, todo se ha hecho bajo los protocolos. En relación con los pujos he escuchado que le dicen: ‘si no pujan rápido su bebé le puede pasar algo’, eso no se debe explicar así porque se le asusta a la paciente y no es adecuado” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma concuerda con los planteamientos anteriores: “Sí se respetan los tiempos de cada paciente, no se realiza nada que pueda afectar a las pacientes. Todo, como le dije, se hace bajo los protocolos de atención” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

El MSP (2015), en la *Guía de práctica clínica del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*, desaconseja realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto. La OMS señala que la evidencia actual no muestra diferencias significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo de parto entre mujeres a las que se realizó la maniobra de Kristeller y las que no se les realizó. En otras palabras, no existe beneficio al realizarla, pero sí aumenta el riesgo de morbilidad fetal.

Al analizar las perspectivas de los profesionales de la salud con respecto al tiempo del parto, se evidencia que es vital el respeto de los períodos de dilatación y expulsivo. Es importante señalar que hay opiniones contradictorias, en su mayoría se manifiesta que se respeta los tiempos de cada usuaria, pero también hay una opinión que señala que además de no respetar los tiempos se realizan maniobras innecesarias que han sido desaconsejadas por la OMS, como la ruptura prematura de membranas y la maniobra de Kristeller.

¿Se respeta el proceso de piel con piel durante las primeras dos horas? ¿Se realizan los primeros cuidados del bebé encima de la madre?

En opinión de Alfa: “Sí se respeta la piel con piel inmediata porque es un establecimiento Amigo de la Madre y el Niño. Se le hace los procedimientos de rutina: peso, talla, poner el nitrato de plata, entre otros, y de ahí se le pasa a la mamá de inmediato” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Beta señala: “O sea, de las dos primeras horas no, pero se termina de revisar y ahí sí se le pasa al bebé al calentadito y aplicarle todo el medicamento al bebé” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma menciona que “sí se cumple: apenas nace se le pasa a su mamá y de ahí se le hace todos los procedimientos y otra vez se le vuelve a pasar a la mamá hasta que le den el alta” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

De acuerdo con la OMS (2018), en las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto*, para una experiencia de parto positiva se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.

Para todos los profesionales de la salud entrevistados es vital el contacto piel con piel entre la madre y el bebé. Además, se señala que durante la primera hora es necesario efectuar este lineamiento del órgano rector de salud a nivel mundial (OMS). Es importante recalcar que en este establecimiento, si la mamá no sabe dar de lactar de manera eficaz al bebé no se encuentra en condiciones de recibir el alta médica. Finalmente, esta actividad es considerada para el personal de este establecimiento de salud una manera de evitar complicaciones que pueden terminar en muerte neonatal.

¿Se realizan aspiraciones al bebé de forma rutinaria? ¿Se efectúa el alumbramiento natural? ¿La madre es libre de llevarse su placenta si así lo desea?

Alfa señala que “no se realiza de forma rutinaria la aspiración, y en relación al alumbramiento se realiza de forma rutinaria tracción contratracción, no se oferta la placenta de forma rutinaria. (...) Cuando yo era interno no se le ofertaba la placenta a la mamá, se le desechaba como un desecho biológico, pero ahora se les oferta a todas las madres que dan parto” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta explica que “no es recomendable realizar aspiración a los recién nacidos, solo se hace ese procedimiento si amerita el recién nacido (...). En cuanto al alumbramiento se respeta el tiempo de salida y se espera haciendo maniobras de tracción y contratracción. Finalmente, en relación con la oferta de la placenta no se realiza la oferta de la misma ya que no saben qué hacer con ella” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma señala: “Por mi parte, sigo con las recomendaciones que dan las normativas del Ministerio de Salud Pública en la atención del recién nacido: *No se debe aspirar*, eso no se debe hacer a todos los recién nacidos, eso es para casos especiales” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La OMS (2018) no recomienda la aspiración nasal u oral de rutina en neonatos nacidos con líquido amniótico, claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.

En relación con los procedimientos invasivos para el recién nacido como la aspiración nasal y oral, los entrevistados reconocen que no es necesario realizarlo, salvo excepciones que están protocolizadas. Sobre este particular se encuentran bien informados acerca del procedimiento y su correcta aplicación. Mientras tanto, en relación con la entrega de la placenta, todos se encuentran informados acerca de que es necesario ofertar la placenta para cumplir con una adecuada atención respetando la decisión de la paciente según sus costumbres y tradiciones.

¿Se fomenta y apoya a la lactancia materna?

“Sí se fomenta la lactancia materna en el hospital durante el postparto, si no sabe dar de lactar no se da el alta. Además, se le informa sobre los signos de alarma de ella y su bebé en el postparto” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). En opinión de Beta, “sí se oferta de manera adecuada y todos los profesionales están capacitados para hablar de lactancia materna y se les da como unas dos charlas antes del alta”. Mientras, Gamma menciona: “Sí, eso lo hacemos las licenciadas, si no sabe dar de lactar se les da una charla para informales de los beneficios de la lactancia materna” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

UNICEF (2015) señala que la lactancia materna es fundamental. En lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo. Los resultados de un estudio realizado en Ghana (2008), publicados en *The Lancet*, demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22 % de las muertes neonatales. Mientras tanto, otro estudio realizado por *The Lancet* (2000) evidencia que los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas.

Todos los entrevistados resaltaron la importancia de la lactancia materna como un hito fundamental para la madre y el bebé. Lo que indica que conocen sobre los beneficios y riesgos que conlleva esta práctica natural de forma adecuada desde el nacimiento. Por ende, ellos priorizan fomentar esta actividad, la cual se encuentra normatizada en múltiples guías de práctica clínica como la del ENSAMYN (2015), la del parto normal (2014), y la del parto culturalmente adecuado (2008).

¿Se encuentra en formación actualmente de acuerdo con las normativas de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública? Nombre cinco normativas de atención materna

Alfa explica: “Estoy pendiente apenas salga una nueva normativa tanto a nivel del Ministerio de Salud Pública como de la Organización Mundial de la Salud; trato de estar preparada, conozco normativas como la del control prenatal, preeclampsia, infección de vías urinarias, infecciones vaginales, cuidados del recién nacido, la Guía Técnica de Psicoprofilaxis” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Por su parte, Beta menciona: “Nosotros conocemos que existen protocolos, los mismos que están dados por el Ministerio de Salud Pública, tenemos sobre la normativa de violencia de género, estrategia [para evitar] muerte materna, estrategia del milenio, ella tiene que ver con la muerte materna, el MAIS... un montón de campañas como el cuídate y la planificación familiar” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma señala: “Sí, siempre [he] estado actualizándome en cuanto a las normativas del Ministerio de Salud Pública. Se nos refuerza cada vez que tenemos algo nuevo para mantenernos actualizados” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Ortiz (1996), en un texto sobre la formación de la personalidad, critica que los esquemas propuestos para la formación del estudiante de medicina persistan en el error de un planteamiento exclusivo desde la concepción científico-natural de la especie humana o del hombre animal. Además, manifiesta que la educación como la ciencia del desarrollo formativo de la personalidad se centra en lo clínico, impidiendo toda posibilidad de diferenciar la actuación moral. Por ello, es necesario abordar los protocolos no solo desde el enfoque clínico, sino integral pues los procedimientos se desarrollan en seres humanos, que poseen derechos sexuales y reproductivos.

Con relación a esta pregunta, todos los entrevistados que laboran en el Hospital San José de Taisha están actualizados en cuanto a las normativas nacionales. Cabe mencionar que sus respuestas se enfocaron, fundamentalmente, en normativas desde la perspectiva clínica: la guía del control prenatal, la guía del parto normal, la de ruptura prematura de membranas, la guía de trastornos hipertensivos, etc. Es necesario indicar que la mayoría desconoce la normativa sobre los derechos desde la diversidad cultural como la guía del parto culturalmente adecuado, la guía sobre vinculación con parteras o la guía sobre violencia basada en género. En torno a la normativa internacional han recibido muy poca información acerca de las recomendaciones sobre el parto, una experiencia positiva emitida por la OMS en el año 2018, un documento que todo proveedor de salud materna debe conocer.

¿Cuáles cree usted son los obstáculos que no permiten que se erradique la violencia obstétrica?

Alfa subraya:

(...) las principales causas que impiden la aplicación de los protocolos de atención es que no están adaptados a zonas de alta complejidad como lo es Taisha, en donde uno de los obstáculos es la cultura, otro es la falta de interés de las pacientes acerca de su salud, ya que no cumplen con los controles prenatales de forma adecuada y finalmente la falta de profesionales de la salud. Eso genera ese tiempo de violencia por la rapidez del proceso, si

hubiera los profesionales suficientes habría un tiempo adecuado. Otra es la preparación adecuada del paciente, una paciente informada sabe a lo que viene y es susceptible a que no exista ese tipo de violencia obstétrica (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta expone que “la cultura es el principal obstáculo para la atención ya que la mayoría de mamás dan parto en casa; otro es la falta de profesionales que puedan cumplir con las necesidades de la población y también hace falta que las embarazadas acudan al hospital, pero informadas desde los establecimientos de salud de las comunidades” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma señala: “Yo creo que no están informadas acerca de qué van hacer en su parto, por lo general, las que van a parir por primera vez, las que ya han parido ellas ya saben dónde dar y en qué posición y quién está en el hospital para atenderles” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Para la OMS (2018), a nivel mundial, cada año se dan aproximadamente 140 millones de nacimientos. La mayoría de ellos se producen por parto vaginal en embarazadas en las que no se han identificado factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés, al iniciarse el trabajo de parto. Sin embargo, en las situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, el riesgo de morbilidad grave y de mortalidad aumenta, tanto para la mujer como para el bebé. Esto sucede principalmente en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) en comparación con países de ingresos altos (PIA).

Durante el último lustro, se ha alentado a las mujeres a parir en establecimientos de salud para garantizar su acceso a profesionales de la salud capacitados y la posibilidad de una derivación oportuna si surge la necesidad de aumentar el número de profesionales, ya que en zonas rurales su número es reducido en comparación con las zonas urbanas. Sin embargo, el hecho de poder acceder a una atención del trabajo de parto y el parto en centros de atención de salud no permite garantizar una atención de buena calidad. Además, es necesario recalcar que en muchos entornos de centros de salud a nivel mundial se da con frecuencia una atención poco respetuosa y un trato poco digno, en especial, para los grupos poblacionales más desfavorecidos, lo que no solo vulnera sus derechos humanos, sino que constituye también un obstáculo importante para poder acceder a servicios de atención durante el parto. Finalmente, el modelo predominante de la atención durante el parto biomédico, en muchas partes del

mundo, que permite al prestador de atención de salud controlar el proceso del parto, puede exponer a embarazadas aparentemente sanas a intervenciones médicas innecesarias que interfieren con el proceso fisiológico del parto.

Al analizar las respuestas de los participantes en relación con los obstáculos, se pudo constatar, en primer lugar, la falta de un protocolo emitido por el Ministerio de Salud Pública que aborde la temática de la violencia obstétrica. Ello agrava la situación ya que no permite visibilizar a la violencia como un problema de salud pública, identificado así desde la década de los noventa. En segundo lugar, la falta de profesionales de la salud constituye otro punto importante pues la escasa cantidad de profesionales y los largos turnos se revelan durante las entrevistas como otra de las causas para que se genere violencia de manera inconsciente. Por último, la falta de capacitación acerca de la violencia obstétrica ocasiona que muchas veces que estas prácticas sean naturalizadas por los profesionales de la salud en el ejercicio cotidiano.

Conclusiones

En este trabajo se analizó las percepciones sobre violencia obstétrica en profesionales de salud del Hospital San José de Taisha. Lo que permitió que se desarrollara esta investigación de manera eficiente fue la apertura por los directivos del Distrito 14d05 y del Hospital San José de Taisha y lo más complicado fue el acceso a los entrevistados por la lejanía del establecimiento de salud y la falta de tiempo por parte de los profesionales para poder asistir a las entrevistas —debido a sus obligaciones hospitalarias contaban con poco tiempo disponible.

Los participantes en la investigación demostraron tener una cierta sensibilidad hacia el tema de la violencia obstétrica e identificaron como tal a las prácticas de maltrato físico, maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía, etc.; maltrato psicológico como gritos y juicios de valor; discriminación; aceleración de los tiempos en procesos normales, etc. También subrayaron que la violencia obstétrica puede ser efectuada durante el embarazo, parto y postparto en establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y que no existe un real interés institucional para erradicarla.

Se pudo evidenciar que no hay un protocolo sobre violencia obstétrica. Existe un protocolo acerca de la Atención Integral en Violencia de Género emitido en el año 2014 y el personal de salud está familiarizado con los protocolos de atención de la salud materna, que en su mayoría guardan relación con el modelo biomédico. Dichos protocolos no problematizan las actitudes adoptadas por el modelo biomédico. Pocas son las guías de práctica clínica que abordan la violencia de género con un enfoque integral de derechos sexuales y reproductivos, no discriminación, intercultural, etc. Es necesario entender que, al no existir un protocolo de esa naturaleza, se seguirá incurriendo en prácticas inadecuadas durante el embarazo, parto y postparto.

Finalmente, en este texto se indagaron los factores que facilitan o impiden la aplicación de protocolos acerca de la violencia obstétrica. Entre los factores que la facilitan se destaca que los profesionales del Hospital San José de Taisha se encuentran actualizados sobre normativas en relación con la salud materna por parte del establecimiento de salud, a través de presentación de casos clínicos sobre patologías durante el embarazo, parto y postparto. Con relación a los obstáculos en la aplicación de los protocolos de violencia obstétrica se

identificó que las creencias culturales, el idioma, la falta de seguimiento de los controles prenatales fueron los principales factores que hacen que se desarrolle la violencia obstétrica por la falta de conocimiento de las usuarias y los profesionales.

En conclusión, por un lado, la falta de un protocolo acerca de violencia obstétrica en el sistema nacional de salud dificulta que se pueda tratar como un verdadero problema de salud pública. Por otro lado, las escasas capacitaciones e informaciones proporcionadas sobre la temática hacen que no se logre disminuir su alta incidencia entre las usuarias.

Anexos

ENTREVISTA

Edad:

Sexo:

Titulación:

Cargo:

1. Años de experiencia (contando con las prácticas de su formación).
2. ¿Se encuentra en formación actualmente de acuerdo a las normativas de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública?
3. ¿Sabe qué es la violencia obstétrica?
4. ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su formación? ¿Y durante su trabajo?
5. ¿Por parte de quién ha presenciado el maltrato de una embarazada durante su formación?
6. ¿Se ha sentido forzada a participar de alguna manera en una situación de violencia obstétrica durante su formación? ¿Y en su trabajo? Explíquelo brevemente.
7. ¿Se ha negado? ¿Ha tenido represalias de algún tipo? ¿Se sintió afectada/traumatizada por alguna vivencia durante su formación o durante su trabajo?
8. ¿Por parte de quién ha presenciado el maltrato de una embarazada durante su trabajo?
9. ¿Usted conoce si existe un protocolo de atención al parto normal en su hospital?
10. ¿Se da las facilidades para seguir el plan de parto y transporte efectuado en la consulta externa? ¿Cuáles?
11. ¿Con base en su experiencia, se informa correctamente a las mujeres de su proceso y opciones para que puedan tomar una decisión totalmente consciente?
12. ¿Se respeta la autonomía de las mujeres y sus decisiones?
13. ¿Se respetan los deseos de la madre respecto al profesional que quiera que le atienda?
14. ¿Se realizan intervenciones sin consentimiento?
15. ¿Piensa que se manipula de alguna forma a las mujeres para que tomen la decisión que le conviene a los profesionales? ¿Cuáles?
16. ¿El personal sanitario se identifica correctamente con nombre y cargo? ¿Se presenta adecuadamente antes de hacer cualquier valoración o intervención? ¿Suelen tener un trato respetuoso con las pacientes?

17. ¿Se coge vía de forma rutinaria en su hospital aún en partos vaginales? ¿Se permite a la madre hidratación oral durante la dilatación? • ¿Se permite a la madre la ingesta de comida durante la dilatación? • ¿Se hace rasurado rutinario? ¿Se pone enema?
18. ¿Se permite la libre deambulaci3n durante la dilataci3n?
19. ¿La mujer parturiente es informada adecuadamente sobre la epidural y sus posibles complicaciones? ¿Existen alternativas a la epidural como m3todos del alivio del dolor? • ¿Se informa a las embarazadas de ellos?
20. ¿Se respetan los tiempos de cada caso personal? ¿Se intenta acelerar el proceso de forma rutinaria? ¿Se realizan rotura de membranas rutinarias o maniobra de Kristeller para acelerar el proceso?
21. ¿Se dirigen los pujos en el expulsivo? ¿De qu3 forma se rota al beb3 manualmente? ¿Se utiliza la episiotomía de forma rutinaria?
22. ¿Se permite acompa3ante durante el parto? ¿Se respeta el proceso de piel con piel durante las primeras dos horas? ¿Se realizan los primeros cuidados del beb3 encima de la madre?
23. ¿Se realiza pinzamiento tardío del cord3n? ¿Se realizan aspiraciones al beb3 de forma rutinaria? ¿Se efectúa el alumbramiento natural? ¿La madre es libre de llevarse su placenta si así lo desea?
24. ¿Se fomenta y apoya a la lactancia materna? ¿Se facilita la informaci3n adecuada sobre lactancia materna durante la estancia en el hospital y antes del alta? ¿Se facilita el contacto de la madre, beb3 y acompa3ante en el hospital?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por el Obstetra Iván Mauricio Alcocer Ortega, Estudiante de la Especialización de Violencia, Género y Derechos Humanos de la FLACSO. La misma que trata sobre: LA PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD ACERCA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, cual fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente entre 30 y 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los casetes con las grabaciones se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el obstetra Iván Mauricio Alcocer. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es “Analizar la percepción de los profesionales de salud acerca de la Violencia Obstétrica.” Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente entre 30 y 45 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Obstetra Iván Mauricio Alcocer Ortega al teléfono 0993068518. Entiendo que una copia de esta ficha de

consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al Obstetra Iván Mauricio Alcocer Ortega.

Lista de referencias

- Arias, Fideas. 2012. *El Proyecto de Investigación*. Caracas: Episteme.
- Belly, Laura. 2013. “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética* 1 (7): 25-34.
- Beltrán, Carolina. 2014. “El saber obstétrico y ginecológico de las mujeres curanderas y de las matronas en los siglos XV y XVI: investigación histórica a través de la Celestina”. *Matronas Profesión* 15 (3): 66-72.
- Benítez Guerra, Guílder. 2008. “Violencia obstétrica”. *Revista de la Facultad de Medicina UCV* 31(1): 5-6.
- Blair, Elsa. 2009. “Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición”. *Política y Cultura*, 32: 9-33.
- Borja, Cristina. 2017. “Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud”. Tesis de Maestría, Universidad San Francisco de Quito.
- Bourdieu, Pierre. 1998. *La dominación masculina*. Traducido por Joaquín Jorda. Barcelona: Anagrama.
- 2001. *Poder Derecho y Clases Sociales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bourdieu, Pierre, y Jean Claude Passeron. 1977. *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Editorial Laia.
- Carreño, Jorge, y Claudia Sánchez. 2018. “Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación”. *Perinatología y Reproducción Humana* 33: 37-45.
- Casal, Norma, y José Alemany. 2014. “Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu”. *Index enfeemen* 23(1): 61-64.
- Cuervo Montoya, Edison. 2016. “Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación”. *Política y Cultura*, 46: 77-97.
- Deleuze, Gilles. 2014. *Foucault y el poder*. Traducción de Javier Palacio Tauste. Madrid: Errata naturae.
- Díaz, Luis, y Yasna Fernández. 2018. “Situación Legislativa de la Violencia Obstétrica en América Latina: caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51: 123-143.
- Distrito Metropolitano de Quito. 2017. *Ruta de Atención, Protección y Restitución de Derechos de Mujeres en Situación de Violencia en el Marco del Sistema de Protección Integral del DMQ*. Quito: CPD (Consejo de protección de Derechos) y Red RAP VIF SUR (Red de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Sur de Quito).

- Documental Enipla Plan Familia. 2016. Interpretado por Alexandre Desplat.
- Ehrenreich, Bárbara. 1981. Brujas, parteras y enfermeras. Barcelona: LA SAL.
- Conferencia dada en la Universidad de Almería 2002. España, el 8 de noviembre de 2002.
- Conferencia Sanitaria Internacional. 1947. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- Galarza, Emelina, Rosa Cobo, y Mar Esquembre. 2016. "Medios y violencia simbólica contra las mujeres". *Revista Latina de Comunicación Social*, 71: 818-832.
- Galtung, Johan. 1990. "La violencia: cultural, estructural y directa". *Journal of Peace Research* 27 (3): 291-305.
- García, Claudia. 2000. *Violence Against Women, Gender, and Health Equity*. Massachusetts: OPS.
- García, Héctor, y Guadalupe Alvear. 2019. "Violencia en la Formación Médica". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 63(2): 46-55.
<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>
- García, Joaquín. 2006. "¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana?". *Scielo* 32(1): 7-15.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). s.f. *Violencia Obstétrica*. Acceso el 11 de mayo de 2020. <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>
- Gregorio, Marta. 2019. "Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer. Una revisión bibliográfica actualizada". *Musas* 4(1): 6.
- Gutiérrez, Alicia. 2004. "Poder, hábitos y representaciones: recorrido por el concepto de violencia Simbólica". 15(1): 89-300.
- Heelas, Paul. 1989. "Anthropology, violence and catarsis". En *Agression and violence*, editado por Peter Marsh y Anne Campbell. Londres: Basil and Blackwell.
- Hernández Sampieri, Roberto. 2016. *Metodología de la Investigación científica*, 6ta. ed. Mac Graw Hill: Ciudad de México.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández y María del Pilar Baptista Lucio. 2016. *Metodología de la Investigación*. Mac Graw Hill: Ciudad de México.
- Huacruz, María, y Anabella Barragán. 2017. "Acciones en contra de la violencia de género: Representaciones y discursos de líderes del movimiento feminista en Michoacán". *Discurso y Sociedad* 11(1): 98-99.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 2019. *Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres*. Quito: INEC.

- Lafaurie, María, Diana Rubio, Alejandro Rubio y Andrés Cañón. 2019. “La violencia obstétrica en la literatura de las Ciencias Sociales en América Latina”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 18 (36): 6.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia Congreso. 2017. General de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. 2018. Registro Oficial Suplemento 175, de 5 de febrero, Quito.
- Martínez, Agustín. 2016. “La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio”. *Política y cultura* 46: 7-31.
- Mena, Desirée. 2020. “Cambios en la percepción de los estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica luego de una intervención educativa”. *Nurse Education Today* 88.
- Ministerio de Salud Pública. 2004. *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: MSP.
- 2008. *Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado. Guía de Práctica*. Quito: MSP.
- 2008. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna*. Quito: MSP.
- 2012. *Tipología para homologar los establecimientos de salud, por niveles de atención del Sistema Nacional De Salud. Acuerdo Ministerial*. Quito: MSP.
- 2015. *Guía Práctica Clínica de Control Prenatal*. Quito: Conasa.
- Moore, Henrietta. 1994. “The problem of explaining violence”. En *Sex and violence. Issues in representation and experience*, editado por Penelope Harvey y Peter Gow. Nueva York: Routledge.
- Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. Acceso el 11 de Julio de 2020. <https://www.osman.es/diccionario/definicion.php?id=12513>
- Olza, Ibone. 2012. Blog Ibone Olza. Acceso el 2 de marzo de 2020. <https://iboneolza.org/>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1946. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York.
- 2002. *Informe mundial sobre violencia y salud. Resumen*, Washington.
- 2005. “¿Qué es un sistema de salud?”, Preguntas y respuestas en línea, 9 de noviembre. Acceso el 11 de agosto de 2020. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS*. Nueva York.

- 2018. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, Washington.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París.
- 1992. Recomendación General N.º 19.
- 1993. “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”. Acceso el 12 de mayo de 2020.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.
- 1994. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo.
- 2015. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing.
- (1979). 2018. Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Quattrocchi, Patrizia. 2018. “Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina”. *Health, Gender and Human Rights* 7(1): 20-46.
- Real Academia de la Lengua Española. “Percepción”. Acceso el 11 de agosto de 2019.
<https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
- Rodríguez, Paulo, y Laura Aguilera. 2017. “La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife”. *Mujer Salud y Sociedad* 2 (2): 56-74.
- Salgado, Judith. 2013. Manual de formación en género y derecho humanos. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Scott, Joan. 1986. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*, 91: 1053-1075.
- Tricas, Josefina Goberna. 2019. “Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada”. *Musas* 4(2): 26-36.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2012. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes – (ENIPLA), Quito.
- Valenzuela, Alejandra, y Alonso Felipe De la Torre Rodríguez. 2019. “Violencia obstétrica”. *LUXMÉDICA* 14(41): 43-58.

Entrevistas

Entrevista a Alfa, profesional de la salud, 29 de septiembre del 2020.

Entrevista a Beta, profesional de la salud, 2 de octubre de 2020.

Entrevista a Gamma, profesional de la salud, 10 de octubre de 2020.