

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2021-2022

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

Violencia Ginecobstétrica: Percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y/u
obstétricos de la ciudad de Quito, Ecuador

Paulina Alejandra Lara Román

Asesora: Guglielmina Falanga

Lectora: Virginia Villamediana

Quito, marzo de 2023

Dedicatoria

A las mujeres, porque algún día podamos decidir libremente sobre nuestros cuerpos y porque el parto sea siempre totalmente nuestro.

Índice de contenidos

Resumen	6
Introducción.....	8
Capítulo 1. La violencia ginecobstétrica y sus implicaciones	10
1.1. Antecedentes: De la violencia obstétrica a la ginecobstétrica	14
1.2. Justificación de la importancia del tema a investigar	20
1.3. Pregunta (s) de investigación.....	21
1.4. Objetivos.....	22
1.4.1. Objetivo General:.....	22
1.4.2. Objetivos específicos:	22
1.5. Enfoque teórico breve.....	22
1.6. Enfoque metodológico.....	30
1.6.1. Estructura de la tesina	33
Capítulo 2. Marco teórico y contexto.....	34
2.1. Marco teórico.....	34
2.1.1. Percepción.....	34
2.1.2. Violencia.....	37
2.2. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica.....	46
2.2.1. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica en América Latina	47
2.2.2. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica en el Ecuador..	50
Capítulo 3. Análisis de la percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y obstétricos en la ciudad de Quito	55
3.1. Percepción de las mujeres usuarias de los servicios ginecológicos y/u obstétricos de los establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito	56
3.1.1. Encuesta	56
3.1.2. Entrevistas.....	71
3.1.3. Discusión.....	109
Conclusiones	112
Referencias.....	114
Anexos	120

Lista de ilustraciones

Tablas

Tabla 3.1. Testimonios de las participantes entrevistadas	72
---	----

Gráficos

Gráfico 3.1. Rango de edad.....	58
Gráfico 3.2. Orientación sexual.....	59
Gráfico 3.3. Actividad sexual.....	59
Gráfico 3.4. Autodefinición étnica	60
Gráfico 3.5. Nivel educativo	60
Gráfico 3.6. Tipos de establecimiento de salud.....	62
Gráfico 3.7. Ginecólogo/a de referencia	63
Gráfico 3.8. Sector de salud del ginecólogo/a de referencia	63
Gráfico 3.9. Diferencias en cuanto a la atención según el tipo de instalación o establecimiento de salud.....	64
Gráfico 3.10. Mala experiencia en consulta ginecológica.....	65
Gráfico 3.11. Juicios de valor en consulta ginecológica	66
Gráfico 3.12. Número de embarazos.....	67
Gráfico 3.13. Aborto	67
Gráfico 3.14. Experiencia en el área obstétrica.....	68
Gráfico 3.15. Tipo de instalación médica.....	69

Declaración de cesión de derecho de publicación de tesina

Yo, Paulina Alejandra Lara Román, autora de la tesina titulada “Violencia Ginecobstétrica: Percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y/u obstétricos de la ciudad de Quito, Ecuador”, 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, marzo de 2023.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Alejandra", is written over a light blue rectangular background. The signature is fluid and cursive.

Firma

Paulina Alejandra Lara Román

Resumen

La violencia ginecobstétrica es un problema de salud pública que afecta de manera sistemática a millones de mujeres alrededor del mundo. Se trata de una de las tantas manifestaciones de violencia contra las mujeres basada en género. Al atentar contra la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se trata también de una violación a sus derechos humanos. El presente estudio tuvo como finalidad analizar la percepción que tienen las mujeres sobre el nivel de violencia y/o respeto presente en su experiencia durante los servicios ginecológicos y obstétricos de establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito, Ecuador. Para esto, se aplicó una encuesta virtual a 266 mujeres mayores de edad, residentes en la ciudad de Quito. A su vez, se entrevistó a 3 mujeres (con las características mencionadas) para conocer sus percepciones de una manera más profunda y detallada y, de esta manera, complementar los datos proporcionados por la encuesta. Como resultado, se obtuvo que muchas prácticas y actitudes violentas todavía están presentes en la cotidianidad de los servicios ginecológicos y obstétricos y que su presencia es más frecuente en los servicios públicos. Sin embargo, al mismo tiempo, solamente el 30,5 % de las mujeres participantes reconoce haber sido víctima de violencia en el área ginecológica y solamente el 19,8 % reconoce haberlo sido en el área obstétrica. Es decir, menos de la mitad de las mujeres reconoce haber sido víctimas de violencia ginecobstétrica a lo largo de su vida, a pesar de que luego enlisten una serie de prácticas médicas abusivas, humillantes y, en definitiva, violentas, con las cuales se han topado durante los servicios ginecobstétricos. Se concluye que estos resultados pueden tener que ver con una normalización de la violencia hacia las mujeres en espacios de ginecobstetricia, debido a la interiorización de normas patriarcales. Finalmente, aún en falta de un reconocimiento explícito de las prácticas médicas abusivas como violentas, la mayoría de las mujeres prefiere invertir en consultas particulares, revelando así otro tipo de problema: la mercantilización de la salud y el acceso a servicios funcionales y respetuosos según la posibilidad económica.

Agradecimientos

A mi papá, por haberme regalado la educación y siempre impulsarme a ser mejor.

A mi mamá, por siempre creer en mí y ayudarme a transmitir mi estudio a más mujeres.

A las mujeres participantes de este estudio, por contribuir con el desarrollo del mismo.

A mi asesora de tesina, Guglielmina Falanga, por guiarme en la construcción de la misma.

A la FLACSO, por brindarme los conocimientos necesarios para poder realizar este trabajo de investigación, pero, especialmente, por ponerme esos lentes violetas, permitirme salir de mi zona de confort y mirar más allá de mi realidad social.

Introducción

La violencia ginecobstétrica refiere a todos aquellos tipos de violencias propiciados en los espacios y durante los servicios ginecológicos y obstétricos, por parte del personal de salud y/o administrativo, causando algún tipo de daño o malestar en las mujeres usuarias de estos servicios, pudiendo llegar a limitar el acceso a los mismos. Se trata de una de las tantas manifestaciones de violencia basada en género que han sufrido las mujeres a lo largo de la historia, pero de la que muy poco se ha hablado debido a la normalización y legitimación social y cultural que ha ganado gracias al contexto biomédico en el que se desarrolla.

A pesar de no ser un fenómeno reciente, es desde hace apenas dos décadas que está reconocido de manera formal por Organizaciones Internacionales como la OMS y la ONU. Y, sin embargo, este reconocimiento se ha dado solamente de manera parcial, ya que –según los antecedentes bibliográficos, históricos y legales revisados– la mayoría de los escritos hacen referencia únicamente a la violencia obstétrica, dejando de lado la parte ginecológica como si fuese algo divisible o como si la violencia en los espacios ginecológicos no existiese. Es la escasa importancia que se le ha dado a la violencia ginecobstétrica como una totalidad la que hace que este sea un tema importante para ser estudiado.

Este es un tema relevante para la realidad nacional porque, a pesar de que en el Ecuador 48 de cada 100 mujeres reconoce haber sufrido violencia ginecobstétrica por lo menos una vez a lo largo de su vida (ENVIGMU 2019), existe muy poca información –y solo una ley– que dé cuenta de la violencia que viven las mujeres ecuatorianas y residentes en el país en el contexto ginecobstétrico. Por ende, este estudio podría aportar a visibilizar la realidad que viven las mujeres en la ciudad de Quito y, a su vez, podría ser tomado como una muestra para tener una idea sobre la violencia ginecobstétrica existente en todo el país. Por esta razón, el presente estudio tiene un aporte social al conocimiento, puesto que podrá ser utilizado como instrumento de investigación para realizar proyectos que permitan prevenir, intervenir y erradicar este tipo de violencia basada en género. Así mismo, tiene un aporte teórico ya que, al ser un tema que no se ha estudiado lo suficiente, podrá servir de apoyo referencial para otras investigaciones o como punto de partida para dar continuidad a la presente.

El estudio será abordado desde una perspectiva de género y de derechos humanos, al tratarse de una de las manifestaciones de violencia basada en género hacia las mujeres que atenta directamente contra sus derechos sexuales y reproductivos, los mismos forman parte de los derechos humanos. Para su desarrollo se ha revisado bibliografía –artículos científicos, textos,

normativa legal e instrumentos internacionales– relacionada con la violencia de manera general, la violencia de género hacia las mujeres, la violencia ginecobstétrica, el fenómeno de la percepción desde distintos puntos de vista, la perspectiva de género y los derechos humanos y, a su vez, se ha elaborado una encuesta y una entrevista dirigida a mujeres mayores de edad radicadas en la ciudad de Quito, para conocer su percepción sobre los servicios ginecobstétricos ofertados en esta ciudad.

Esta tesina está compuesta por tres capítulos y un apartado final de conclusiones. El primer capítulo cuenta con un marco introductorio que detalla: la problematización del tema, los antecedentes, la justificación, la pregunta de investigación y los objetivos; con un marco referencial, en donde se explica de manera detenida los enfoques en los cuales se asienta el estudio; y con un marco metodológico en donde se explica de manera detallada la metodología que será utilizada para realizar la investigación, así como el proceso de síntesis y análisis de la información. El segundo capítulo está compuesto por el marco conceptual, en el que se hace un acercamiento teórico a las categorías conceptuales que sostienen la presente investigación; y por el contexto histórico y sociopolítico de la violencia ginecobstétrica tanto en Latinoamérica, como en el Ecuador, haciendo un breve recorrido por su historia social, cultural, política y legal.

El tercer capítulo se compone de la parte práctica del estudio en donde se presentan los datos recogidos mediante las encuestas y entrevistas realizadas; se procesa la información mediante cuadros de contenido, gráficos estadísticos y tablas de datos de excel; y se analiza los datos mediante análisis de contenido en conjunto con la triangulación teórica del marco conceptual. Finalmente, el cuarto apartado refiere a las conclusiones del estudio, las cuales hacen referencia a conclusiones generales que responden a los objetivos del estudio, siendo su objetivo general el analizar la percepción que tienen las mujeres sobre el nivel de violencia y/o respeto presente, según su experiencia, durante los servicios ginecológicos y obstétricos de establecimientos de salud públicos y/o privados de la ciudad de Quito.

Capítulo 1. La violencia ginecobstétrica y sus implicaciones

La violencia ginecobstétrica es un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres a nivel mundial. Al contrario de lo que se cree, este fenómeno ha estado presente en todas las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad, pero por su frecuencia e impunidad ha sido normalizado (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2010). Sin embargo, hasta la actualidad, muy poco se habla de la violencia ginecológica y la violencia obstétrica como una totalidad. En la mayoría de las ocasiones, se aborda, únicamente, la violencia obstétrica, poniendo énfasis en las fases de: embarazo, parto y puerperio (El Parto es Nuestro 2019). Así lo hacen la mayor parte de organismos y organizaciones internacionales, entre ellos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por un lado, la OMS, en el año 2014, habla por primera vez de la violencia ejercida durante el parto hacia las mujeres, por parte del sistema de salud y sus miembros, mediante la Declaración: “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” (OMS 2014). En esta declaración, la OMS (2014) señala, de manera explícita, el trato violento que sufren las mujeres alrededor del mundo durante el parto en los distintos centros de salud. Así mismo, “reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos” (OMS 2014, 1), afirmando que todas las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso durante toda la etapa de gestación. Sin embargo, esta organización no nomina a este trato irrespetuoso durante los servicios obstétricos como violencia obstétrica.

Por otro lado, en la ONU, en julio de 2019, la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias, Dubravka Simonovic, presentó ante la Asamblea General de esta organización un informe en el que señalaba el maltrato que sufren las mujeres durante los servicios de salud reproductiva, poniendo énfasis en el parto. Este informe refiere al: “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica” (ONU 2019), en el cual se analizan las causas del maltrato y la violencia ejercida contra las mujeres en servicios de salud reproductiva por parte del personal de los distintos centros de salud, incluido los conflictos estructurales que deben tomarse en cuenta para luchar contra este tipo de violencia. Es importante señalar que en este informe sí se nomina este tipo de violencia contra las mujeres como violencia obstétrica.

Así mismo, la mayoría de los países que, en América Latina, han dado cuenta del maltrato y la violencia que sufren las mujeres durante los servicios ginecobstétricos, han considerado nombrar en sus legislaciones y tipificar en sus normativas, únicamente, la parte obstétrica de esta violencia. Díaz y Fernández (2018), realizan un análisis de la situación legislativa de la violencia obstétrica en Latinoamérica, concluyendo que solamente 3 países de la región cuentan con leyes específicas sobre este tipo de violencia: Venezuela, Argentina y México. Quattrocchi (2018), por su parte, señala que son 5 los países que cuentan con estas leyes específicas: Venezuela, Argentina, México, Brasil y Uruguay. Sea como sea, ninguno de estos países nombra la parte ginecológica de este tipo de violencia, sino que todos hacen referencia, específicamente, a la violencia obstétrica, como si la violencia no tuviera lugar en los espacios de servicios ginecológicos.

El Ecuador tampoco cuenta con una ley específica sobre la violencia ginecobstétrica. Sin embargo, desde el año 2018 se encuentra vigente la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM) en la que se menciona a la violencia ginecobstétrica, tomando en cuenta de manera explícita la parte ginecológica del problema (LOIPEVM 2018). Entonces, la LOIPEVM (2018) es la que respaldaría legalmente a las mujeres en caso de sufrir violencia durante los servicios ginecológicos y/u obstétricos propiciados en el territorio nacional. Cabe señalar que esta ley protege tanto a mujeres ecuatorianas, como a aquellas mujeres extranjeras que se encuentren dentro del territorio ecuatoriano. Esto debido a que en el Ecuador la salud es considerada un derecho garantizado por el Estado (Constitución de la República del Ecuador 2008, art. 32).

En materia de salud, el Estado se hace presente mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, regula y controla el accionar de todo el Sistema de Salud ecuatoriano. Según el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ecuador se ha caracterizado por estar “fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud” (MAIS 2012, 23); con el predominio de un enfoque biologicista, centrado en la enfermedad (y no en la prevención), haciendo caso omiso a otros factores como el contexto sociocultural; y con “programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población” (MAIS 2012, 23).

Esta caracterización del SNS ha traído consigo varias consecuencias nefastas para la población ecuatoriana. Entre ellas y, tal vez, la más importante ha sido la profundización de la inequidad social, debido al impedimento de acceso a los servicios de salud a aquella parte de

la población que se encuentra en situación de pobreza o extrema pobreza; a aquellos/as que viven en sectores alejados y/o territorios rurales; y a los pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos. Todos los mencionados refieren a grupos poblacionales históricamente marginados. Así mismo, ha provocado la desconfianza del pueblo ecuatoriano frente al SNS; así como al desmantelamiento de los servicios públicos, con la consecuente privatización de la salud (MAIS 2012).

Con el objetivo de superar todos estos rezagos que ha dejado el sector de la salud en el Ecuador, el MSP ha propuesto, entre otras cosas, el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC), con la finalidad de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. Para esto, ha equiparado la tipología de los establecimientos e instituciones de salud por niveles de atención (I, II, III y IV). Según el MAIS (2012), el nivel de atención refiere a un grupo de establecimientos de salud que, bajo un marco normativo, “establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad” (MAIS 2012, 85). Los niveles de atención se organizan de acuerdo con los tipos de servicios a brindar, la complejidad de los casos a tratar y los estándares de calidad, para articular el sector salud y así poder “garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud” (MAIS 2012, 85).

El primer nivel de atención (I Nivel) es el más próximo a la población, pues es el que organiza los casos –según sus características y complejidad– dentro del sistema, asegurando las referencias y contrarreferencias a los establecimientos idóneos, según corresponda, y garantizando la continuidad del proceso de atención. Debido a su cercanía con la sociedad, este nivel de atención debe solventar los problemas más básicos y/o frecuentes, los cuales recaen en un 80 % de los casos de salud. Los servicios prestados en este nivel son de carácter ambulatorio y se realizan de manera integral, dando atención al individuo, la familia y su comunidad, poniendo énfasis en la prevención y promoción de salud. Cabe señalar que, el primer nivel de atención constituye la puerta de acceso obligatoria al Sistema Nacional de Salud (MAIS 2012).

El segundo nivel de atención (II Nivel) abarca todos aquellos servicios ambulatorios que requieren de una atención especializada, así como aquellos otros que requieren de hospitalización. Sin embargo, esta hospitalización es de tipo ambulatorio (hospitales del día). En este nivel de atención se da continuidad a lo efectuado en el nivel I, ejerciendo actividades de prevención y curación. El tercer nivel de atención (III Nivel) ofrece los mismos servicios

que el segundo nivel, con la diferencia de que en esta instancia se tratan casos de mayor complejidad, por lo que se requiere mayor tecnología y recursos (físicos y humanos). Finalmente, el cuarto nivel de atención (IV Nivel) refiere a un área de investigación, en el que se encuentra toda la experimentación clínica que, si bien, no es suficiente para aplicarlos en toda la población, han arrojado buenos resultados. Estos establecimientos de cuarto nivel solo son autorizados en la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS) (MAIS 2012).

Más allá de los servicios del MSP mencionados, en el Ecuador el sector de salud está compuesto por otras entidades públicas y privadas. En el sector público, a más del MSP, se encuentra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual se trata de una entidad autónoma que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en conjunto con el ISSFA¹ y el ISSPOL.² Uno de los objetivos estratégicos del IESS es incrementar el acceso a prestaciones y servicios de calidad, entre ellos los referentes a salud (IESS 2022). Con respecto a esto último, este instituto cuenta con el Seguro General de Salud Individual y Familiar que tiene como finalidad salvaguardar al asegurado y su familia (cónyuge e hijos menores de 18 años) en situaciones de enfermedad y maternidad (IESS 2022). Sin embargo, a pesar de pertenecer al sector público, al ser un seguro requiere del aporte económico de sus afiliados, sean ciudadanos ecuatorianos (que vivan o no en el territorio nacional) o ciudadanos extranjeros que residan en el Ecuador. La contribución depende del tipo de aportación y el salario mensual del ciudadano afiliado: un trabajador aporta el 9,45 % de su salario, un empleador el 11,15 % y un afiliado voluntario el 20,5 % (IESS 2022). Debido a este particular, el acceso a la seguridad social sigue siendo un privilegio en el Ecuador.

En el sector privado, se encuentran los seguros médicos, las fundaciones y las consultas particulares. Con respecto a los primeros, existen distintos tipos de seguros de salud privados con diferentes niveles de afiliación. Las características de estos seguros y sus niveles de afiliación dependen de la empresa que los oferte. Por lo general, la afiliación de primer nivel es la que ofrece más servicios y, por ende, la más costosa. En el año 2015, el diario *El Telégrafo* realizó un estudio para analizar el costo promedio de un seguro de salud privado en el Ecuador (El Telégrafo 2015).³ Según este estudio, el costo promedio es de \$40 (dólares americanos). Sin embargo, aún estando en el mismo nivel de afiliación, este costo varía

¹ Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

² Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

³ *El Telégrafo*, “Un seguro médico privado cuesta desde \$40”, 02 de julio de 2015, <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/un-seguro-medico-privado-cuesta-desde-40>

dependiendo del género y la edad, siendo más elevado para las mujeres y las personas de la tercera edad. Es importante señalar que la mayor parte de empresas hace un valor diferenciado para las mujeres dependiendo de la cobertura (parcial o total) de servicios por maternidad, lo cual incluye servicios ginecobstétricos y de atención neonatal.

En cuanto a las fundaciones, en el Ecuador existen algunas organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que brindan servicios referentes a la salud sexual y reproductiva. Entre estas se encuentra: El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), Fundación Desafío, Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), entre otras. Los servicios ofertados por estas fundaciones tienen un bajo costo, por lo que resulta más accesible para la comunidad. Finalmente, se encuentran las consultas médicas particulares que pueden estar o no asociadas con los seguros médicos, pero que, por lo general, tienen un costo más elevado.

Por tanto, se puede observar que en el Ecuador la mayoría de los servicios médicos tiene un costo que, aunque en ocasiones no se vea elevado, problematiza el acceso a la salud, especialmente para quienes pertenecen a sectores históricamente marginados y se encuentren en condición de pobreza o extrema pobreza, siendo correlato a las posibilidades económicas de quién quiere y necesita acceder a determinadas consultas y procedimientos de salud.

1.1. Antecedentes: De la violencia obstétrica a la ginecobstétrica

Se han encontrado muy pocas investigaciones –plasmadas en libros, tesis, artículos científicos, informes nacionales e internacionales– que nombren de manera explícita a la violencia ginecobstétrica como una unidad. Entre estos, se encuentran 3 artículos científicos elaborados por: María Soledad Varea (2020), Paloma Álvarez (2017) y Gabriela Almonte (2016); y 5 tesis de grado producidas por: Angie Galeano y Ana Vásquez (2020), Katherine Garzón (2019), Francisco Jaramillo (2019), Angie Díaz y Leidy Giraldo (2016) y Sonia Monroy (2012).

La mayor parte de investigaciones encontradas hacen referencia, únicamente, a la violencia obstétrica, centrandó su interés en las fases de embarazo, parto y puerperio. Entre estos estudios se encontraron alrededor de 100 artículos científicos y 60 tesis (de grado y posgrado). Con respecto a los artículos científicos, se encuentran los realizados por: Terán et al. (2013); Pereira, Domínguez y Toro (2015); Rangel y Martínez (2017); Llobera, Ferrer y Chela (2019); y Angulo y Suárez (2021), entre muchos otros. Con respecto a las tesis de grado y posgrado, se encuentran las producidas por: García (2018), Domínguez y Sánchez

(2018), Lemus y Cabrera (2017), Morales (2018), Risco (2019), Juanicotena (2019) y Borja (2017), entre los más destacados. En todas estas investigaciones, la nominación se reduce a lo obstétrico, dando la impresión de que la violencia solo tiene lugar en el momento del parto y/o en la etapa de gestación, y aportando al continuum de invisibilidad de la violencia ocurrida en el ámbito ginecológico.

Y es, tal vez, por ese no-lugar de la violencia ginecológica –que repercute en su normalización– que casi no se han encontrado investigaciones relacionadas con la misma, confirmando, a su vez, la poca importancia brindada a lo referente al ámbito ginecológico. Entre todos los estudios encontrados, solamente 6 de estos corresponden a la violencia ginecológica (5 artículos y 1 capítulo de libro): Cárdenas, Salinero y García (2020); Galaviz de Anda, Maza y Prado (2015); Puellas (2019); Brown et al. (2014); Cano (2019) y Gorgoroso y Forrisi (s.f.), siendo los tres últimos, estudios relacionados con la atención ginecológica en mujeres lesbianas y/o bisexuales.

Las investigaciones mencionadas provienen de diferentes partes del mundo. Sin embargo, la mayoría de estas pertenecen y/o han sido desarrolladas en el contexto latinoamericano. Así mismo, han sido realizadas desde diversos enfoques (feminista, de género, de derechos humanos, de interseccionalidad, científico, etc.) y/o disciplinas (antropología, sociología, ciencias políticas, jurisprudencia, psicología, medicina, enfermería, entre otros), siendo mayoría aquellas que parten desde una perspectiva de género y derechos humanos, pues es a partir de estos enfoques que se nombra a esa “falta de respeto y maltrato” que viven las mujeres en espacios ginecológicos y/u obstétricos –que la OMS mencionó en la Declaración del año 2014– como violencia obstétrica y ginecológica.

Así mismo, se ha podido observar que la mayor parte de investigaciones mencionadas han tenido como sujeto de estudio a mujeres que han vivenciado estas experiencias de violencia, lo que se puede interpretar como un dar voz a las protagonistas históricas de esta problemática. Estos estudios han sido realizados, en su mayoría, por medio de entrevistas semiestructuradas a profundidad o relatos de vida. Entre estos, se encuentran los denominados “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible” (2019) y “Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán” (2017), en los que se realizaron entrevistas a profundidad para conocer las experiencias de mujeres que han sido víctimas de violencia en los servicios ginecobstétricos.

Cabe señalar que varias investigaciones toman en cuenta, también, la percepción del personal de salud –médicos/as y enfermeros/as– sobre las prácticas o intervenciones realizadas en los espacios ginecológicos y/u obstétricos, como protocolos del sistema de salud. Incluso, hay unos tantos estudios como el de Carreño y Sánchez (2018) que solo toman en cuenta esta perspectiva, lo que les da un carácter cientificista y biologicista, justificando la violencia que sufren las mujeres en estos espacios e invalidando sus vivencias y/o experiencias. Entre estos estudios se pudo encontrar el denominado “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica” (2015), el cual tuvo como objetivo identificar la percepción que los médicos tienen sobre la violencia obstétrica y su posible relación con el desgaste profesional, como causal de la misma (Pintado, Penagos, Casas 2015). Así mismo, se encuentra el estudio denominado “Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica” (2014), en el cual se señala que existen diversas razones por las que los profesionales ejercen este tipo de violencia, entre ellas: “la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto; el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout” (Olza 2014, 79).

Los estudios que tienen mayor relación con la presente investigación son aquellos que parten desde un enfoque de género y de derechos humanos como el de Belli (2013), Ávila (2021) y Cuevas (2018), pues son los enfoques teóricos en los cuales se fundamentará. Así como aquellas investigaciones que toman en cuenta la perspectiva de las mujeres –de todas las edades, etnias, clases sociales, estratos económicos, entre otros factores– sobre sus experiencias como usuarias de los servicios ginecológicos y/u obstétricos. También aquellas que se interesan en la percepción de aquellas mujeres que han sido víctimas de tratos denigrantes, irrespetuosos y cosificantes, en el área ginecológica y/u obstétrica de hospitales, clínicas o centros de salud en general, de diferentes partes del mundo, pero, especialmente, de Latinoamérica; como el estudio realizado por Pereira, Domínguez y Toro (2015) y el de Terán et al. (2013).

No obstante, al ser una investigación que tendrá lugar en la ciudad de Quito, capital del Ecuador, los estudios que se priorizarán como antecedentes y fuentes bibliográficas y de referencia para el presente estudio son aquellos realizados en el contexto ecuatoriano. En este sentido, es importante mencionar que se encontraron algunas investigaciones (tesis, en su mayoría) realizadas en el Ecuador. Sin embargo, la mayor parte de estas refiere, únicamente, a la violencia obstétrica. Como antecedentes directos de esta investigación se escogieron 4

estudios: 3 referentes a la violencia obstétrica y 1 (el único que se encontró) correspondiente a la violencia ginecobstétrica.

El estudio con el que más se relaciona la presente investigación –por su objetivo de estudio– es el artículo científico denominado: “Experiencias de parto relacionadas con la violencia obstétrica en unidades de salud pública en Quito, Ecuador”, realizado por un grupo de investigadores/as de la Universidad de las Américas (UDLA) y de la organización feminista “El Parto es Nuestro – Ecuador” (EPEN) entre los años 2016 y 2017. El objetivo de esta investigación fue explorar la experiencias de parto de mujeres usuarias de los servicios obstétricos de 13 unidades de salud pública de Quito, Ecuador (Brandão et al. 2018). Las unidades de salud que fueron tomadas en cuenta para esta investigación pertenecen a distintos niveles de atención: 2 de tercer nivel, 5 de segundo nivel y 6 de primer nivel (tipo C) (Brandão et al. 2018).

Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal que combinó elementos cuantitativos y cualitativos de las experiencias de parto de las mujeres entrevistadas para responder a su objetivo de estudio. Para esto, los/as investigadores/as aplicaron una encuesta conformada por 32 preguntas que evaluaban 6 componentes o dimensiones de la violencia obstétrica durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Estas dimensiones fueron: atención no consentida, violencia física, falta de información, violencia psicológica, cuidado negligente, ausencia de confidencialidad y presencia de discriminación; y 1 componente referente al conocimiento o percepción sobre la violencia obstétrica. Con respecto a este último se realizaron preguntas como: ¿Sabes qué es la violencia obstétrica? y ¿Crees que has experimentado violencia obstétrica? Los datos fueron recogidos de manera individual para mantener la privacidad de las participantes (Brandão et al. 2018).

La muestra consistió en 388 mujeres puérperas que habrían tenido partos (en cualquiera de las 13 unidades del MSP mencionadas) poco o nada complicados, entre 1 hora y 1 mes antes de la aplicación de la encuesta. Fueron excluidas del estudio aquellas mujeres que: eran menores de 18 años, tuvieron partos complicados, mostraron signos y/o síntomas de depresión posparto, presentaron trastornos mentales, y que habrían tenido experiencias de muerte fetal. Las características sociodemográficas de las mujeres participantes –en promedio– fueron: 25 años de edad, de reconocimiento étnico mestizas y con nivel de instrucción académica secundaria (Brandão et al. 2018).

Los resultados del estudio mostraron que, de las mujeres encuestadas, el 66,8 % tuvo un parto vía vaginal, mientras que al 33,2 % le realizaron cesárea. De las mujeres que tenían previsto parto vaginal, el 23,9 % no pudo escoger su posición y libre movilidad durante la labor de parto y el 5 % no sabía que podía elegir. En cambio, el 35,9 % no pudo escoger la posición durante el parto (momento de expulsión) y el 13,5 % no sabía que podía escoger. De las mujeres que eran madres primerizas, al 51 % de ellas se le realizó una episiotomía (extensión quirúrgica del perineo) de rutina. Al 19,4 % se le realizó la maniobra de Kristeller (compresión abdominal) sin su consentimiento y al 39 % no se le explicó el procedimiento. El 50,5 % no tuvo acceso al apego temprano con su hijo/a y el 34,8 % señaló que no obtuvo asistencia para el inicio de la lactancia materna.

Con base en estos resultados, la conclusión general a la que llegaron las/os investigadoras/es del presente estudio indica que en todos los establecimientos de salud pública del Ecuador existe una clara presencia de violencia obstétrica –manifestada de distintas formas–, a pesar de las recomendaciones que la OMS ha realizado sobre el parto humanizado, por lo que sugieren que, de manera urgente, se diseñen programas para prevenir, disminuir y erradicar la violencia obstétrica en los espacios de salud pública ecuatoriana (Brandão et al. 2018)

Otro de los estudios que tiene relación directa con la presente investigación refiere a la tesis de posgrado denominada: “Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención en salud”, realizada por Cristina Borja en el año 2017 (Borja 2017). Se trata de una investigación de tipo cualitativo-descriptivo que tomó como objeto de estudio a todos/as los/as profesionales de salud del Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, dejando como muestra final a diez médicos/as y enfermeras, junto con las respectivas pacientes atendidas por ellas/os. Esta investigación tuvo como finalidad “conocer la percepción del personal de salud y pacientes frente a la violencia en las prácticas de atención realizadas durante el parto y el posparto inmediato” (Borja 2017, 8).

Las prácticas de atención observadas en el momento del parto y posparto, analizadas por la autora, fueron: tactos vaginales, masaje uterino, episiotomías, medicalización excesiva e innecesaria (administración de oxitocina), apego precoz, falta de privacidad e infantilización de la paciente (Borja 2017). Las tres primeras prácticas fueron las que más se presentaron, aunque todas las demás se daban con bastante frecuencia. Esta investigación concluyó que las mujeres usuarias identifican en mayor proporción las situaciones de violencia ocurridas durante los servicios obstétricos que el personal de salud, pues estos no consideran que las prácticas realizadas se hayan dado de manera violenta (Borja 2017).

La tercera investigación que puede relacionarse con el presente estudio refiere al artículo científico titulado: “La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto”, realizado por Delia Crespo, Bryan Sánchez y Doménica Domínguez en el año 2018. Se trató de una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, que tuvo como objetivo evaluar “la existencia de violencia obstétrica en la atención recibida en los Hospitales Matilde Hidalgo de Prócel, General Guasmo Sur y Mariana de Jesús de Guayaquil” (Crespo, Sánchez y Domínguez 2018, 348). Para alcanzar este objetivo, los investigadores aplicaron un cuestionario a 150 usuarias que solicitaron servicios obstétricos en dichos hospitales entre agosto de 2017 y abril de 2018, y que se encontraban en las áreas de: consulta externa, sala de posparto y hospitalización. Las conductas violentas analizadas por los investigadores fueron: comentarios inadecuados, utilización de sobrenombres, agresiones verbales, irrespeto por la posición de parto de preferencia, impedimento de acompañamiento por una persona de confianza, falta de apego precoz madre-hijo/a, consentimiento informado, episiotomías innecesarias, entre otras. Como conclusión general, el estudio demuestra que existe un alto grado de violencia obstétrica en estos establecimientos y que esta violencia no pasa desapercibida por las usuarias de los mismos.

La cuarta investigación relacionada con el presente estudio, y la única correspondiente a violencia ginecobstétrica refiere al artículo “Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador”, realizado por María Soledad Varea, entre el año 2018 y 2019, en la comunidad Balda Lupaxi del cantón Colta de la provincia de Chimborazo (Varea 2020). Esta investigación tuvo como finalidad analizar “a partir de la violencia ginecoobstétrica, dos situaciones alrededor de las políticas estatales interculturales de los cuerpos de las mujeres indígenas de la provincia del Chimborazo en Ecuador” (Varea 2020, 79). Estas situaciones referían a: el parto culturalmente adecuado y la criminalización del aborto. En este estudio, se hicieron entrevistas semiestructuradas, tanto a mujeres víctimas de violencia ginecobstétrica, así como al personal de salud de la comunidad (y de comunidades cercanas), utilizándose, también, la observación participante en reuniones y asambleas de la comunidad Balda Lupaxi.

Es importante señalar que se encontraron algunas investigaciones que incluían a la violencia ginecobstétrica como uno de los tipos de violencia de género que sufren las mujeres en Ecuador, como el artículo titulado: “Confinamiento: pesadilla para las mujeres víctimas de violencia de género durante la COVID-2019” realizado por Rosa Chugá, Bélgica Lara y Jairo Puetate, en el año 2021. El objetivo de esta investigación fue analizar: “cómo el Estado

ecuatoriano ha manejado el tema de la violencia de género durante la COVID-19” (Chugá, Lara, Puetate 2021, 1). Otras investigaciones, la mencionaron como parte del análisis de la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM), como el artículo realizado por Estefanía Vivanco, María Alejandra Cueva y Jordy Vásquez en el año 2019, titulado: “Fundamento y aplicabilidad de la ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres” (Vivanco, Cueva y Vásquez 2019).

Entonces, se puede concluir que, si bien se ha investigado considerablemente en cuanto a la violencia obstétrica, desde diferentes enfoques y disciplinas, dando visibilidad y condenando –tanto legal, como socialmente– a los tratos irrespetuosos e intrusivos que reciben las mujeres durante el parto y sus etapas próximas, son escasas las investigaciones realizadas en el marco ginecológico, lo que da cuenta de una continua normalización de la violencia generada en dicho espacio. Así mismo, son muy pocos los estudios que toman en cuenta el aspecto ginecológico y el obstétrico como una totalidad o unidad indivisible. Se ha podido observar que en algunos estudios se llama violencia obstétrica a la violencia que debería ser nominada como ginecobstétrica, como dando por sentado el aspecto ginecológico. Sin embargo, como ya lo dijo George Steiner a mediados del siglo pasado: “lo que no se nombra, no existe”.

1.2. Justificación de la importancia del tema a investigar

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres (ENVIGMU) realizada en el año 2019 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el Ecuador, 48 de cada 100 mujeres mayores de 14 años han experimentado al menos un evento de violencia ginecobstétrica a lo largo de su vida. El 44,7 % ocurrió en el área urbana y el 54,8 % en el área rural, sobrepasando este último con un 10 %, siendo la provincia de Morona Santiago la que presenta una mayor proporción de violencia en la atención ginecobstétrica (INEC 2019, 63).

Según la ENVIGMU (2019) de acuerdo con la autoidentificación étnica, las mujeres indígenas son las que presentan un mayor porcentaje de violencia ginecobstétrica, con un 70 %: “70 de cada 100 mujeres indígenas, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco-obstétrica” (INEC 2019, 62). En cuanto al nivel de educación, las mujeres con poca o nula instrucción académica son las que más han experimentado este tipo de violencia de género contra la mujer, con un 70,2 %. En cuanto al grupo de edad, son las mujeres de la tercera edad (65 años o más) quienes han tenido más experiencias de violencia

ginecobstétrica, con un 59,8 %. Y, en cuanto al estado conyugal, son las mujeres que se encuentran separadas quienes relatan un mayor número de violencia en servicios ginecobstétricos, con un 53,4 % (INEC 2019, 62).

Por lo mencionado, se puede afirmar que la violencia ginecobstétrica es una realidad en el Ecuador, afectando al 48 % de las mujeres residentes en dicha nación. Es importante señalar que es apenas hacia el año 2019 que en el Ecuador se tiene una noción estadística de la violencia ginecobstétrica, pues es en ese año cuando se la incluye por primera vez en las encuestas oficiales del INEC sobre la violencia contra las mujeres, para su respectiva estandarización.

Debido a la revisión bibliográfica realizada, se pudo observar que el Ecuador cuenta con poca información sobre la violencia ginecobstétrica, puesto que los estudios realizados sobre este tipo de violencia han sido escasos en el contexto ecuatoriano. Si bien, gracias al estudio realizado por el INEC (2019), se puede tener una idea de la incidencia y proporción de la violencia ginecobstétrica para las mujeres en Ecuador, poco o nada se sabe todavía sobre la percepción que tienen estas mujeres sobre sus experiencias en los servicios ginecobstétricos de los establecimientos de salud del Ecuador. Por esto, la presente investigación tiene relevancia tanto para la realidad nacional, como para la academia, pues hará aportes a nivel social y teórico.

El tema tiene relevancia para la realidad nacional porque aportará con información (que en el país es escasa) sobre una problemática que afecta a miles de mujeres en el contexto ecuatoriano. El aporte social que se efectuará será al conocimiento, puesto que podría ser un instrumento de consulta para futuras investigaciones. También tendrá un aporte teórico a la academia, pues es un tema del que todavía no se ha investigado mucho. Finalmente, desde el punto de vista de la investigadora es importante y necesario realizar el presente estudio, debido a la normalización de los tratos irrespetuosos y denigrantes ocurridos diariamente durante los servicios ginecológicos y obstétricos en el Ecuador.

1.3. Pregunta (s) de investigación

¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres sobre los servicios ginecológicos y/u obstétricos de establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

- Analizar la percepción que tienen las mujeres sobre el nivel de violencia y/o respeto presente, según su experiencia, durante los servicios ginecológicos y obstétricos de establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito, Ecuador.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Analizar la normativa y los consecuentes protocolos de salud para prevención y actuación frente a la violencia ginecobstétrica.
- Indagar si hay información, difusión y transparencia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que son atendidas en ginecología y obstetricia.
- Identificar las distintas percepciones sobre los servicios de ginecología y obstetricia y si hay distinción entre experiencias obtenidas en los centros de salud públicos y privados, entre estos: MSP, IEISS, fundaciones, seguro privado y consultas particulares.

1.5. Enfoque teórico breve

La presente investigación está realizada y analizada desde una perspectiva crítica feminista, considerando que la teoría feminista plantea un sentido común alternativo a la visión tradicional/patriarcal de la sociedad (que normaliza la subordinación de las mujeres y acepta, aunque sea de forma velada, la violencia ejercida hacia estas), explicitando y visibilizando las condiciones de abuso y desigualdad que sufren las mujeres al ser miembros de un sistema de dominación masculina (De Miguel 2005). Al ser abordada desde la teoría feminista, se enmarca, inevitablemente, dentro del enfoque de género y de derechos humanos. Esto con razón de que, por un lado, la teoría feminista toma al género como categoría de análisis para dar cuenta de la posición que tienen las mujeres dentro de un sistema social estructurado y/u organizado por un sistema sexo-género (Scott 1996). Y, por otro lado, ya que la lucha feminista siempre ha estado enfocada en la reivindicación de los derechos de las mujeres como seres humanos y su consecuente liberación del sistema patriarcal. Entonces, al tratarse la violencia ginecobstétrica de un tipo de violencia de género que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (los cuales forman parte de la categoría de derechos humanos), se ha escogido la teoría crítica feminista como marco de referencia para abordar el presente estudio.

Para comenzar, es necesario señalar que el feminismo, además de ser un movimiento político y social, se ha erigido también como una teoría que ha logrado proporcionar nuevos marcos de interpretación de la realidad social. Lo que, en realidad, era algo de esperarse, pues “la sola existencia de un movimiento es ya un principio para situar acontecimientos en un marco” (De Miguel 2005, 233). Según Ana De Miguel (2005), desde finales del siglo XX (hacia la década de los 80’s, más o menos) se ha venido desarrollando nuevos enfoques teóricos –entre ellos los constructivistas y culturales– que han resaltado la importancia de los movimientos sociales como creadores de nuevos marcos interpretativos y/o de referencia.

Esto con razón de que los movimientos sociales tienen como finalidad realizar dos tipos de políticas o prácticas que resultan indivisibles: las reivindicativas y las de redefinición (De Miguel 2005). Las primeras tienen como objetivo luchar por lo que se cree que está siendo injusto y es objeto de cambio social. Las segundas tienen como finalidad “la creación de nuevos marcos de referencia, de nuevos significados para interpretar los tan a menudo viejos hechos, como la violencia patriarcal” (De Miguel 2005, 233). Estas últimas se conocen también como praxis cognitiva y su objetivo es cambiar los códigos culturales arcaicos y dominantes. En este sentido, los movimientos sociales (como el feminismo) son protagonistas en cuanto a los cambios de paradigmas de las sociedades y culturas.

Según Celia Amorós y Ana De Miguel (2020) el feminismo, en tanto teoría, pretende hacer ver desde su propio marco referencial y/o interpretativo la realidad que viven las mujeres como miembros inferiores y subordinados en un sistema de carácter patriarcal que, hasta el momento, es considerado por muchos como algo natural. Sin embargo, en tanto teoría crítica, este hacer ver pretende, a su vez, “irracionalizar la visión establecida de la realidad” (De Miguel 2005, 234). Es decir, a más de mostrar una visión o interpretación alternativa de la realidad, pretende resignificar lo que se ha aprendido de esta con anterioridad. Es un desaprender para reaprender, para alcanzar lo que De Miguel (2005) denomina liberación cognitiva, a la cual se llega por medio de: “la puesta en tela de juicio de principios, valores y actitudes aprendidos e interiorizados desde la infancia” (De Miguel 2005, 234).

Para Amorós y De Miguel (2020) la teoría feminista es crítica porque no se trata de “un paradigma más (...) sino que se constituye en el Pepito Grillo de los demás paradigmas en cuanto sexistas o patriarcales” (Amorós y De Miguel 2020, 17). Es decir, la teoría feminista critica a aquellos paradigmas que, por seguir del lado de lo tradicional y no contradecir lo ya establecido, no perciben aquello que está presente, pero que ha sido invisibilizado por mantener el orden social. En este sentido, el feminismo como teoría crítica acuña nuevos términos y categorías

analíticas con el objetivo de nombrar aquello que está –y siempre ha estado– ahí, pero que ha tendido a ser invisibilizado por la falta de una categoría nominal.

Para que se pueda categorizar, la teoría crítica a más de irracionalizar la visión establecida, debe también generalizar aquellos fenómenos o hechos que se creen aislados o personales, pero que en realidad son políticos, moviéndolos al espacio de lo público para que puedan ser tratados como lo que son: problemas sociales (Amorós y De Miguel 2020). En este sentido, según las autoras, “el feminismo como teoría crítica tiene (...) una particularidad: no sabe conceptualizar sin politizar” (Amorós y De Miguel 2020, 26). Es decir, para conceptualizar aquello que hasta ese entonces no ha sido nombrado, debe pasar de lo personal a lo político.

De Miguel (2005) señala que los movimientos sociales abren espacios idóneos para que se cree y se recree el conocimiento, el cual es, según la autora, “el producto de continuas interacciones sociales, dentro de los movimientos, en general muy plurales y cambiantes y en continua polémica interna y externa” (De Miguel 2005, 242). Según esta autora, la teoría feminista empieza a adentrarse en espacios académicos formales –como universidades e institutos– y a subvertir el estatus del conocimiento académico, desde el año 1975; produciéndose, desde ese entonces, el despunte y la consolidación de los nuevos conocimientos llamados: “estudios feministas, estudios de la mujer (...), estudios de género” (De Miguel 2005, 243).

Con respecto a los denominados estudios de género, existe un debate dentro del feminismo, al considerar que dicha nominación carece de carga política y, al ser una palabra neutra, mantiene invisibilizados los problemas que atañen a la mujer (Scott 1996). Sin embargo, en concordancia con Amorós (1997) se considera que el hecho mismo de tener que acuñar el término género para designar las distintas problemáticas sociales, demuestra la relación desigual de poder entre los géneros y, por tanto, la crítica hacia el sistema patriarcal. De acuerdo con el planteamiento de Puleo (2004) el emplear la categoría de género denota que la desigualdad sexual es algo que atañe también a los hombres. En correspondencia a esta tesis, Segato (2003) señala también que el camino más idóneo para visibilizar y luchar contra la desigualdad sexo-género, producto del patriarcado, es que “el tema salga de las manos exclusivas de las mujeres (...) el sexismo debe ser reconocido como un problema de los hombres” (Segato 2003, 146).

Siguiendo esta línea, María Marta Herrera (2008) menciona que el empleo de la categoría de género, a más de útil, es necesario, pues es la única manera de entender la situación de opresión y subordinación que viven las mujeres como consecuencia del vigente sistema sexo-género. Según la autora, se debe entender al género “no solo como una herramienta teórica para dar cuenta de la

realidad, sino también como un proceso de representación y autorepresentación” (Herrera 2008, 56). En este sentido, según la autora, la categoría de género se relaciona con el concepto de experiencia –tanto a nivel personal, crítico y político–, al tratarse de una conciencia de género que “permite superar las representaciones heterodesignadas y recrear un nuevo orden de lo real, de la experiencia subjetiva y/o político-social” (Herrera 2008, 59). Según Herrera (2008) solamente con esta conciencia de género se puede pretender una reivindicación de derechos, pues es la única forma de hacer visible e inteligible aquello que pretendía pasar por inexistente.

Así lo demuestra también la historia de lo que hoy en día se conoce como derechos humanos. Si bien, a lo largo de la historia se han abordado de distintas maneras los derechos humanos, es apenas en el siglo XVIII, en el año de 1789 –después de la Revolución Francesa y como producto de ella– que se redacta por primera vez un documento formal con la pretensión de proteger y garantizar los derechos de los ciudadanos. Este documento hace referencia a la “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano” que, como su nombre lo indica, se dirige únicamente a los hombres. Sí, a los varones. En el año 1948 (aproximadamente dos siglos más tarde), se crea la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, con el fin de abordar los derechos de ambos sexos y, a su vez, evidenciar que lo anterior hace alusión exclusiva a los varones (Lagarde 2012). Por supuesto, esto ha sido refutado con el argumento, si se lo puede llamar así, de que “el hombre es sinónimo de humanidad y por lo tanto es innecesario nombrar a las mujeres” (Lagarde 2012, 15), lo que demuestra una clara invisibilidad de las mujeres como seres humanos y una subordinación consecuente frente a los hombres.

Sin embargo, a pesar de esta reformulación teórica, en la práctica las mujeres han tenido que seguir luchando por la reivindicación de sus derechos y por su condición humana: “En la práctica, los derechos humanos se siguen ejerciendo y defendiendo de manera androcéntrica (...) las mujeres hemos tenido que seguir luchando por nuestra humanidad y nuestros derechos aún después de que se aceptó la noción de derechos humanos” (Facio 2011, 8). Si bien, la lucha de las mujeres por conquistar sus derechos⁴ –que los hombres blancos y heterosexuales siempre han tenido– y protegerlos a nivel legal tuvo auge en los años 50 del siglo XX, es recién a finales de los años 80, después de la Conferencia Mundial de Nairobi de 1985, que algunas activistas feministas, expertas en derecho, empiezan a discutir sobre la posibilidad de pertenencia de los derechos de las mujeres en la categoría de derechos humanos (Facio 2011).

⁴ Los derechos son históricos (no naturales) y reconocerlos como tal es reconocer las largas luchas sociales (Lagarde 2012).

Para romper con esta absurda dicotomía entre los derechos de las mujeres y los derechos humanos, en 1986, durante el V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe realizado en México, unas cuantas activistas feministas organizaron un taller extraoficial denominado “Los derechos de las mujeres también son derechos humanos”, para explicar los sesgos sexistas del contenido y la metodología de los derechos humanos (demostrando que estos están estructurados desde una perspectiva androcéntrica que perjudica a las mujeres) y, a su vez, discutir sobre la importancia de apropiarse del lenguaje de un enfoque que estaba siendo de gran utilidad para protegerse y liberarse de la represión de las dictaduras que habían tenido lugar en Latinoamérica en los años 70 del siglo XX (Facio 2011).

Para demostrar el sesgo androcéntrico que tiene el enfoque tradicional de los derechos humanos, las académicas y activistas utilizaron el fenómeno de la violencia y discriminación que viven las mujeres de manera sistemática, alrededor del mundo. Se trató de una estrategia propuesta por activistas feministas que trabajaban en torno a los derechos de las mujeres. Estas se dieron cuenta que la violencia contra las mujeres por razones de género calzaba perfectamente con lo que el enfoque tradicional de derechos humanos había catalogado como violación a los mismos: “la tortura, las matanzas y varios atentados contra la integridad física individual” (Facio 2011, 71).

A pesar de que la división entre la esfera pública y privada –premisa que regía la doctrina de los derechos humanos hasta principios de los 90’s– era uno de los más grandes obstáculos para aceptar que la violencia contra las mujeres es un asunto de derechos humanos, el demostrar que este tipo de violencia no es menos grave que las demás, ni menos perjudicial para sus víctimas ya que, debido a su frecuencia y crueldad, puede ser considerada como un tipo de tortura, que atenta en distintos niveles contra la integridad (no solo física) de las mujeres y que, en muchas ocasiones, deja como saldo su muerte; la encaja perfectamente con las características de lo que la doctrina tradicional considera como una violación a los derechos humanos.

Gracias a esta estrategia, la noción de que los derechos de las mujeres son derechos humanos iba siendo cada vez más aceptada por los movimientos feministas y organizaciones de mujeres. Sin embargo, no fue sino hasta la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 que, oficialmente, los derechos de las mujeres son considerados derechos humanos, al demostrarse ante los delegados de la ONU que la única razón para excluir la violencia contra las mujeres de la categoría de derechos humanos es la perspectiva sexista desde donde se la mira. A partir de esta conferencia se empieza a implementar la perspectiva de género en la doctrina de derechos humanos.

Según Facio (2011) es sumamente importante y necesario que los derechos humanos sean abordados desde una perspectiva de género porque de lo contrario se sigue haciendo referencia únicamente a los derechos del hombre, perpetuando el androcentrismo establecido por la estructura social patriarcal y, por ende, invisibilizando las desigualdades existentes entre hombres y mujeres. Facio (2011) asegura que la perspectiva de género contribuye a “visibilizar las relaciones de poder entre los sexos y, por lo tanto, las múltiples, y a la vez diferentes, discriminaciones padecidas por diversas mujeres en todas las esferas a través de todo el mundo” (Facio 2011, 12).

Si bien la Conferencia de Viena marca un antes y un después en la historia de las mujeres (pues es cuando los derechos de las mujeres se vuelven derechos humanos) es a partir de las dos siguientes conferencias mundiales que se puede ver cambios formales en cuanto a la inclusión de las mujeres y el enfoque de género en la doctrina de derechos humanos. La primera conferencia mundial llevada a cabo después de Viena fue la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año de 1994. Es en esta conferencia que se expone, por primera vez, la importancia de abordar los derechos sexuales y reproductivos para alcanzar el bienestar integral de las personas, así como para la igualdad sexo-genérica. Más adelante se hará referencia a los derechos sexuales y reproductivos de manera detallada, ya que representan la piedra angular del presente estudio.

La segunda conferencia mencionada refiere a la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, la cual resalta en importancia pues “significó un avance histórico de los derechos humanos de las mujeres, tanto política como conceptualmente” (Facio 2011, 85). A pesar de que en Viena ya se había aceptado que los derechos de las mujeres son derechos humanos, es recién en la Conferencia de Beijing que se admite y se menciona esto de manera formal y sin ningún tipo de ambigüedades. Según Facio (2011), esta conferencia fue el plan de acción para implementar la “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW), pues: “reafirma y consolida muchos aspectos importantes de los derechos de las mujeres, aclara de manera muy útil otros y promueve acciones y mecanismos necesarios para hacer realidad y proteger los derechos de las mujeres” (Facio 2011, 85).

En la Plataforma de Acción de Beijing se incluyen algunos puntos importantes referentes a los derechos humanos de las mujeres. Por mencionar algunos: se reafirmó la universalidad de los

derechos humanos; se incluyó el concepto de género;⁵ se ratificó el término igualdad;⁶ se reafirmó que la violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos; se resaltó la importancia de los movimientos feministas y organizaciones de mujeres en lo referente a avances de derechos humanos; se implementó una serie de medidas para erradicar la discriminación en el ámbito laboral y educativo y garantizar los derechos sociales y económicos de las mujeres; se hizo un llamado a transversalizar la perspectiva de género (Gender Mainstreaming) en todo el sistema de la ONU; y se habló de manera explícita sobre la salud sexual y reproductiva, implementando los derechos sexuales y reproductivos en la categoría de derechos humanos.

Si bien, los términos derechos sexuales y reproductivos son relativamente nuevos (pues aparecen como tales en la última década del siglo XX), el contenido de estos ha venido siendo discutido desde hace dos siglos en países desarrollados, dentro de un marco no institucional (Rodríguez s.f.). A pesar de que no existe todavía ningún instrumento legal internacional que los recoja específicamente, hay ciertos documentos –las Declaraciones y Plataformas de Acción de las Conferencias del Cairo y Beijing– que los mencionan. Sin embargo, casi siempre se hace mención únicamente a los derechos reproductivos, evidenciando ciertas reservas para referirse a la sexualidad como un derecho.

El término derechos reproductivos se dio a conocer por primera vez en 1984 durante el I Encuentro Internacional de Salud de la Mujer, organizado en Ámsterdam por movimientos feministas y de mujeres interesados en abordar el tema de la maternidad como deseo y no como obligación, así como de los derechos de las mujeres al aborto y a la anticoncepción (Davis 2008). Fue expuesto de manera formal en la Conferencia del Cairo de 1994 y reafirmado en la Conferencia de Beijing de 1995, consagrándolo en los consecuentes informes. En el párrafo 7,3 del capítulo VII del “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” referente a Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva se señala que:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se

⁵ Según Facio (2011), a pesar de lograr la inclusión del concepto de género en la Plataforma de Acción de Beijing, nunca se llegó a un consenso con respecto a su definición, lo que “ha permitido que en años posteriores se haya tergiversado mucho su significado, tanto por quienes se oponen a su uso como por quienes han buscado reducirlo a un sentimiento puramente subjetivo” (Facio 2011, 87).

⁶ En vez del de equidad que “no exige eliminar las diversas discriminaciones que padecemos las mujeres en todo el mundo” (Facio 2011, 87).

basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1995, 37).

Los derechos sexuales, por su parte, empezaron a ser discutidos a finales de la década de los 80 del siglo XX, debido a la epidemia del VIH/SIDA (Davis 2008). Esta discusión fue promovida principalmente por los movimientos LGBTIQ+, a los cuales se unió una parte del movimiento feminista. Sin embargo, no fue sino hasta 1994 que se expusieron de manera formal en la Conferencia del Cairo. Según Davis (2008), el término Derechos Sexuales fue utilizado en esta conferencia como estrategia para negociar la inclusión de los derechos reproductivos en el informe final de esta: “la inclusión del término ‘sexual’ radicalizaba el lenguaje de forma que al conceder su supresión se negociaba la permanencia de derechos reproductivos” (Davis 2008, 64). Es por esto que el término derechos sexuales no aparece en el informe final de la Plataforma de Acción de El Cairo. No obstante, a pesar de la exclusión de este término, en dicho informe, sí se hace referencia a la salud sexual: “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1995, 37). A partir de este momento, se empieza a hablar de la sexualidad de las mujeres como un derecho a ser protegido y garantizado, y que no necesariamente debe estar ligado a la reproducción como finalidad.

En la Conferencia de Beijín en 1995 se reafirma lo antes dicho sobre los derechos reproductivos y se hace un gran avance en cuanto al contenido de derechos sexuales. Si bien, en el informe final consecuente de esta conferencia todavía no se menciona explícitamente el término de derechos sexuales, se hace referencia a la libre decisión de la mujer con respecto a su sexualidad. En el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1996) de Beijing, en el apartado de Mujer y Salud se señala:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la

reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer 1996, 38).

Por tanto, la violencia ginecobstétrica, al ser un conjunto de actos violentos y discriminatorios –ejercidos por parte del personal de salud y administrativo durante los servicios ginecológicos y/u obstétricos– referentes a la salud sexual y reproductiva de la mujer, se trata de una violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mismas y, por ende, a sus derechos humanos. Sin embargo, al tratarse de una violencia que solo la sufren las mujeres se trata también de un tipo de violencia de género. Por esta razón, se consideró sumamente importante utilizar la teoría crítica feminista para analizarla, ya que al ser una teoría que toma al género como categoría de análisis y, a su vez, resaltar la importancia de los movimientos feministas y de mujeres en cuanto a la reivindicación de derechos, da cuenta de que esta violencia se trata de una violación a los derechos humanos de las mujeres por razones de género.

1.6. Enfoque metodológico

La presente investigación se analiza a partir de los enfoques de género y de derechos humanos. El enfoque de género hace referencia a una categoría analítica que sirve para entender y cuestionar la manera desigual e inequitativa en la que están organizadas las sociedades respecto al sexo-género. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la perspectiva de género ayuda a “reconocer que, históricamente, las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud” (UNICEF 2017, 15). A pesar de que ha habido mejoras en cuanto al acceso a la educación, salud y justicia para las mujeres en los últimos años, las posibilidades de crecimiento y desarrollo para las mujeres (y grupos vulnerados debido a su género) siguen siendo inequitativas.

El enfoque de derechos humanos, por su parte, hace referencia a una perspectiva que tiene como finalidad promover, proteger y garantizar los derechos humanos de los sectores, comunidades y grupos de personas que han sido históricamente marginados, otorgándoles el estatus de sujetos/as de derecho. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “El enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación” (UNFPA 2021, párr. 4). El objetivo de este enfoque es analizar la forma en que el poder está distribuido en las sociedades, para erradicar las distintas formas de discriminación y desequilibrios sociales, con el fin de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos de todas las personas.

Durante la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica y normativa (nacional e internacional) referente a la violencia ginecobstétrica como violencia contra los derechos humanos de las mujeres por razones de género. Se tomaron en cuenta artículos científicos, tesis de posgrado e Instrumentos Internacionales (declaraciones, tratados, convenciones, etc.) referentes a la violencia contra las mujeres, violencia basada en género, violencia ginecobstétrica, violencia obstétrica, violencia ginecológica y derechos humanos (poniendo énfasis en los derechos sexuales y reproductivos).

Como método de investigación empírica se utilizaron 2 técnicas: la encuesta y la entrevista semiestructurada. La encuesta hace referencia a un instrumento de investigación compuesta de preguntas cerradas a manera de formulario que sirve para recoger información o datos específicos sobre un grupo de personas. En ocasiones se puede dejar un par de espacios para complementar la pregunta realizada. La encuesta formulada para esta investigación se denominó “Encuesta de percepción de los servicios ginecológicos y obstétricos” y fue realizada a través de la plataforma Google Forms, la cual se trata de una aplicación propia de Google que permite crear formularios y/o encuestas de manera virtual para conocer la opinión de un grupo de personas. Fue organizada con base en las categorías percepción y violencia ginecobstétrica, las mismas que estructuran la presente investigación. Estuvo compuesta por un total de 30 preguntas (más el espacio para comentarios) repartidas en 4 secciones: presentación, datos generales, servicios ginecológicos y servicios obstétricos.

La sección 1 referente a presentación tuvo como fin explicar brevemente la finalidad de la encuesta, quién la estaba realizando y a quien estaba dirigida. La sección 2 correspondiente a datos generales tuvo el objetivo de recoger algunos datos sociodemográficos de las participantes (edad, orientación sexual, actividad sexual, identificación étnica y nivel educativo) necesarios para contextualizar la investigación. La sección 3 referente a servicios ginecológicos tuvo como finalidad conocer la percepción y experiencias de las mujeres en el área ginecológica de establecimientos de salud de la ciudad de Quito. La sección 4 correspondiente a servicios obstétricos tuvo como objetivo recoger las diferentes percepciones y experiencias de las mujeres usuarias de estos servicios en la ciudad de Quito. Esta última sección fue respondida únicamente por mujeres que han llevado a término un embarazo.

De manera general, la encuesta estuvo dirigida a mujeres mayores de edad, residentes en la ciudad de Quito. El objetivo fue conocer la percepción que tienen estas mujeres con respecto a los servicios ginecológicos y/u obstétricos de establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito. Fueron excluidas de la investigación aquellas mujeres menores de edad

y/o que no residen en la ciudad de Quito. Estas encuestas fueron transmitidas de manera virtual, a través de redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter y Whatsapp, desde el 02 de febrero hasta el 7 de marzo de 2022.

La entrevista semiestructura, por su parte, refiere a una técnica de investigación cualitativa en la que el investigador cuenta con un formulario de preguntas –abiertas en su mayoría– como guía, pero en la que también surgen preguntas de manera espontánea, según el curso de la entrevista. Tiene como objetivo recoger información de manera más profunda, es decir, que los entrevistados puedan expresarse de manera más abierta. Esta entrevista fue esbozada por la investigadora con base en las categorías mencionadas y, por ende, en las preguntas formuladas en la encuesta. Constó con una guía de 30 preguntas aproximadamente, repartidas en las mismas 4 secciones de la encuesta. Tuvo como objetivo conocer de manera más profunda la percepción de mujeres usuarias de los servicios ginecológicos y/u obstétricos de la ciudad de Quito, con la finalidad de complementar la información obtenida a través de las encuestas.

Fue aplicada a 3 mujeres mayores de edad, radicadas en la ciudad de Quito, a quienes llamaremos desde ahora en adelante como Corina, Thelma y Fiorella. Estas mujeres fueron escogidas de manera aleatoria, a través de un comunicado virtual, por medio de la red social Facebook, en el que se invitaba a participar libre y voluntariamente en una entrevista a mujeres mayores de edad, residentes en la ciudad de Quito, que quieran narrar su experiencia con respecto a los servicios ginecobstétricos de los establecimientos de salud de la ciudad. Las mujeres participantes de la entrevista estaban en el rango de edad de entre 30-40 años, se autodefinían como heterosexuales, sexualmente activas, de autoidentificación étnica mestiza y con una educación de cuarto nivel.

Las entrevistas fueron realizadas de manera virtual, por medio de la plataforma zoom, durante la primera semana del mes de febrero del año 2022. Tuvieron lugar en un solo encuentro de 60 minutos aproximadamente, con cada participante. Cabe señalar que se realizó una grabación de las voces, con previa autorización de las participantes. De igual manera, a cada una se le pidió leer, llenar y firmar un consentimiento informado en el que se explicó el objetivo de la investigación y el destino de la información recabada, asegurando siempre la confidencialidad de la misma.

1.6.1. Estructura de la tesina

La presente tesina está estructurada en 3 capítulos y 1 apartado de conclusiones generales. El capítulo 1 abarca el marco introductorio, el cual incluye: la problematización de tema (por qué es preciso estudiarlo), los antecedentes del mismo (qué estudios existen relacionados al tema), la justificación de la importancia del tema a investigar (para qué se realiza esta investigación), la pregunta de investigación en torno a la cual gira la presente investigación y los objetivos general y específicos de la investigación (qué se quiere encontrar con y en el estudio). Así mismo, está compuesto por el enfoque teórico breve el cual corresponde al marco referencial en donde se asienta la tesina, incluyendo los enfoques o perspectivas desde los cuales será analizado. Finalmente, en este capítulo se encuentra el enfoque metodológico en el que se expone, de manera detallada, la metodología utilizada en la presente investigación, así como la estructura y el contenido de los capítulos la misma.

El capítulo 2 refiere al marco teórico y está compuesto por el marco conceptual, el cual refiere al apartado en donde se realiza un acercamiento teórico a las distintas categorías conceptuales que sostienen la presente investigación. Así mismo, se compone del contexto histórico y sociopolítico en el que se sitúa el problema de investigación, así como las políticas públicas a investigar sobre el tema. Para esto, se toma en cuenta el contexto nacional e internacional. El capítulo 3 refiere a la parte práctica del estudio por lo que se realiza una presentación de los datos recogidos en el trabajo de campo, así como un análisis de los mismos en triangulación con el marco teórico. Finalmente, como apartado número 4 se exponen las conclusiones del estudio, en donde se expone, de manera general, lo encontrado mediante el mismo, respondiendo a los objetivos planteados al principio de la investigación.

Capítulo 2. Marco teórico y contexto

A lo largo del capítulo se problematizarán los enfoques teórico-analíticos escogidos para soportar la investigación y se ofrecerá una contextualización del tema de los derechos en salud sexual y reproductiva en Ecuador.

2.1. Marco teórico

Para el marco conceptual se han escogido dos categorías que constituyen el esqueleto teórico y analítico de la presente investigación: la percepción y la violencia ginecobstétrica como una subcategoría de la violencia de género. Las dos categorías han sido escogidas tomando en cuenta que el presente estudio tiene como objetivo general analizar la percepción que tienen las mujeres sobre los servicios ginecológicos y/u obstétricos ofrecidos por los establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito, con lo cual se podrá identificar si es que estas mujeres reconocen la violencia ginecobstétrica y en qué nivel se perciben como víctimas de esta.

2.1.1. Percepción

La percepción es un término que, comúnmente, se utiliza o bien para señalar el proceso psicofisiológico de las sensaciones provenientes de los órganos de los sentidos, o bien para designar la visión que se tiene sobre algún aspecto en concreto. Así al menos se puede observar en el Diccionario de la Lengua Española (2020), propio de la Real Academia Española (RAE), dentro del cual se encuentran tres posibles significados al término: “1) Acción y efecto de percibir; 2) Sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales; 3) Conocimiento, idea” (RAE 2020).

Sin embargo, tal es la complejidad de este concepto que ha sido estudiado desde hace por lo menos dos siglos, por distintas disciplinas de las ciencias sociales y humanas como: historia, filosofía, antropología, psicología y sociología; las mismas que han ido modificando su definición y conceptualización con respecto al término, debido al avance de sus estudios y/o investigaciones. A continuación, se dará un breve vistazo de cómo conciben a la percepción las diferentes disciplinas.

La filosofía, en términos generales, busca conocer si es que lo que se percibe es real o se trata, más bien, de una ilusión, entendiendo a la percepción como: “la formulación de juicios sobre la realidad” (Vargas 1994, 49). Estos juicios son concebidos de manera universal, sin tomar en cuenta el contexto, ni la situación referencial desde donde se plantean. No obstante, según Vargas (1994) el filósofo Merleau – Ponty (1975) presenta un punto de vista distinto dentro

de esta disciplina, entendiendo a la percepción como un proceso parcial –en el que quien percibe no lo hace de manera completa, sino que lo percibido es solo un aspecto, una pequeña parte de una totalidad– y como un fenómeno temporal que se da en un momento determinado. Por tanto, según este filósofo, la percepción debe entenderse como algo que concierne a una situación o contexto histórico-social.

La psicología, por su parte, es una de las disciplinas que más se ha ocupado del estudio de la percepción. No se podría dar una sola definición de percepción desde esta rama, pues dentro de ella existen diversas escuelas o enfoques que difieren en cuanto a su objeto de estudio. Desde la psicología cognitiva, la percepción refiere al “proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social” (Vargas 1994, 48). En este proceso intervienen otros procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Esta concepción pone a la percepción como equivalente al proceso de conocimiento, razón por la cual se ha llevado las críticas de los otros enfoques psicológicos, al considerarla reduccionista.

Desde la psicología gestáltica, por el contrario, la percepción es analizada de acuerdo con su indivisible organización y configuración, siguiendo la premisa de su enfoque que señala que el todo es más que la suma de sus partes. Con base en este principio, los psicólogos de la Gestalt aseguran que “los hechos psicológicos en general, y los perceptivos en particular, debían entenderse en términos de su naturaleza holística, pues descomponerlos en elementos destruiría su significado esencial” (Arias 2006, 19).

La psicología social ha desarrollado el concepto de percepción social para definir aquel tipo de percepción en el que influyen factores socioculturales y no solamente el ambiente físico. Según Vargas (1994) la percepción humana es realmente un fenómeno social, pues se estructura a través de aquellos factores sociales, culturales, ideológicos que forman parte del grupo social al que se pertenece. Esta definición puede relacionarse con la concepción que tiene la antropología sobre la percepción, siempre y cuando no sea tomada desde el punto de vista conductual mediante el cual se pretende explicar el comportamiento de los demás.

La antropología señala que la percepción corresponde a “la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible” (Vargas 1994, 50). Esta disciplina señala que la percepción refiere a la atribución de características cualitativas a aquello que es captado por los sentidos, mediante referentes culturales e ideológicos creados

dentro de un grupo social. En la presente investigación se utilizará esta noción de percepción, debido a su pertinencia con el objetivo de la misma.

Debido a estas diferencias conceptuales, el término percepción ha sido, desde siempre, utilizado indiscriminadamente para hacer referencia a todo lo que corresponde a la cosmovisión o, dicho de otra manera, a los “distintos niveles de apropiación subjetiva de la realidad” (Vargas 1994, 47), siendo común observar el empleo de este término para designar lo que correspondería, más bien, al ámbito de las creencias o valores sociales. Si bien, las fronteras de estos conceptos no son impermeables, existen diferencias teóricas entre las mismas.

Las creencias refieren a aquellas afirmaciones arraigadas en nuestro psiquismo, a partir del significado que se confiere a los fenómenos cotidianos. Pueden proceder de hechos reales o ficticios y, a pesar de no exigir la prueba de su veracidad, se consideran ciertas o verdaderas para quienes las adoptan (Rosado et al. 2008). Un conjunto de creencias forma los valores sociales, los cuales hacen referencia a aquellas normas establecidas implícitamente por una sociedad y que gobiernan el comportamiento de los sujetos dentro del grupo social al que pertenecen (Rosado et al. 2008). Estos valores integran el imaginario social de un grupo, ya que se encuentran arraigados en el espíritu colectivo, sin importar si son o no compartidos de manera explícita por los miembros de dicha comunidad.

Según Vargas (1994), este uso conceptual indiscriminado no representa un problema mayor en la medida en que se trate de investigaciones generales sobre el acercamiento que tienen los distintos actores sociales a situaciones o fenómenos de su cotidianidad, siempre y cuando estas no lleven a conclusiones generalizadas y, por ende, a confusiones interpretativas. Se vuelve un verdadero problema cuando da lugar a sesgos analíticos y cuando el objetivo de la investigación se enmarca en el desarrollo teórico-conceptual. Uno de los problemas más graves de este mal uso conceptual se presenta cuando “las diferencias observadas entre grupos sociales, que corresponden fundamentalmente al plano sociocultural, son confundidas con las diferencias perceptuales que tienen un carácter biocultural” (Vargas 1994, 47), pues entonces se corre el riesgo de llegar a conclusiones sesgadas –que parten de inferencias generalizadas– acerca de la existencia de grupos sociales con capacidades más o menos desarrolladas, generando teorías o supuestos racistas que pasan por científicos.

Vargas (1994) asegura que la percepción es un fenómeno netamente biocultural “porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucradas y, por otro lado, de la

selección y organización de dichos estímulos y sensaciones” (Vargas 1994, 47). Entonces, el proceso de percepción se da cuando los estímulos que llegan del medio, a más de ser sentidos a nivel corporal provocando sensaciones, se organizan de manera discriminatoria (seleccionando los que sirven y desechando los que no) a través de estructuras ideológicas, culturales, sociales e históricas que guían y condicionan la forma en como los actores y grupos sociales se apropian del entorno. Esto quiere decir que toda experiencia que se da a nivel sensorial es interpretada por medio de pautas contextuales aprendidas desde la infancia que las dotan de significado. Sin estas pautas, ninguna sensación tendría sentido o significado.

La percepción depende de este proceso de selección y organización, pues a través de este se clasifican los estímulos provenientes del exterior en distintas categorías previamente concebidas, denominadas referentes perceptuales, con los que se comparan los nuevos estímulos que la persona recibe. En otras palabras, es a través de estos referentes perceptuales que “las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad” (Vargas 1994, 48). Estos referentes se aprenden a través de la socialización del sujeto en el grupo social del que forma parte, mediante el proceso de simbolización.

En este sentido, la percepción que se tenga sobre lo que es o no violencia depende mucho tanto del momento histórico, así como del momento sociopolítico que esté atravesando una sociedad y el mundo en general. Así mismo, esta perspectiva puede cambiar de un grupo social a otro y no tiene que ver tanto con la educación como con las vivencias y/o experiencias que estos hayan tenido a lo largo de su vida. Por esto, los datos sociodemográficos (edad, etnia, nivel educativo, etc.) de una población son sumamente importantes para contextualizar una investigación y saber desde dónde estos hablan.

2.1.2. Violencia

Antes de abordar la violencia ginecobstétrica es necesario definir lo que se entiende por violencia. Si bien, esta tarea resulta un tanto complicada, ya que, según una profunda y sistemática investigación, se ha podido dar cuenta de que no existe todavía una definición o conceptualización de violencia que abarque todo lo que esta implica. Esto debido a su carácter multifacético y multidimensional. En palabras de Martínez (2016): “Uno de los problemas principales del estudio de la violencia es la falta de una definición precisa que dé cuenta de la multiplicidad de formas en las que ésta se presenta o, cuando menos, señale sus características más importantes y comunes” (Martínez 2016, 8).

Según Martínez (2016) es precisamente esta multiplicidad la que dificulta la conceptualización de la violencia de manera generalizada. Según este autor, lo ideal sería hablar de las violencias y no de la violencia en particular. El hecho de que la violencia sea un fenómeno estudiado por diversas disciplinas es lo que complica y, tal vez, imposibilita el consenso de una definición clara, precisa y unívoca. Es, entonces, debido a la complejidad de este fenómeno que se entiende su indefinición. Con respecto a esto, Hernández (2002), señala que, la violencia más que un concepto es, más bien, un término: “la violencia (...) es antes que nada una palabra” (Hernández 2002, 59) que es utilizada cotidianamente para señalar o designar comportamientos, acontecimientos o hechos.

Sin embargo, es también esta cotidianidad del empleo de la palabra violencia otra de las dificultades con las que se encuentran los distintos investigadores al momento de definirla. Esto debido a la gran cantidad semántica que posee, razón por la cual se la utiliza para nombrar una enorme cantidad de cosas que, además, resultan bastante diferentes entre sí. Blair (2009) denomina esto como el “uso extensivo de la palabra violencia” (Blair 2009, 12), mientras que Chesnais (1981) y Domenach (1980) prefieren designarlo como un abuso del lenguaje. Sin embargo, según Hernández (2002), este uso popular de la palabra violencia puede tener intenciones políticas o morales como: “influir en la opinión del otro, buscando demonizar acciones (...) distinguir el bien del mal” (Hernández 2002, 60).

Sea como sea, se considera que una de las razones para utilizar indiscriminadamente la palabra violencia es la falta de noción de lo que caracteriza a este fenómeno. Si bien, no se ha podido construir hasta el momento un concepto general de la violencia, sí se han podido describir las distintas formas o manifestaciones de violencia. Según Blair (2009), es mucho más fácil describir la violencia que teorizar o conceptualizar sobre ella. La descripción de la violencia o, mejor, de las violencias, permite que se sustraigan de estas características homogéneas.

Entonces, a pesar de que el hecho de que la violencia sea un fenómeno estudiado por distintas disciplinas ha complicado su definición, también es cierto que este estudio multidisciplinar ha aportado con información y conocimiento sobre la misma. Cada uno de estos campos de conocimiento –política, polemología, antropología, sociología, psicología y criminología– la ha conceptualizado según su objeto de estudio (Hernández 2002). Entonces, a pesar de que cada disciplina ha dado su propia interpretación de la violencia, cada una de estas interpretaciones ha servido para dar cuenta de una serie de características de este fenómeno que parece ser indefinible (Blair 2009).

Algunas de las características que se ha podido observar en cada una de las concepciones de violencia es que se trata de un fenómeno que ha existido siempre –es relativo a su época y contexto–, pero que ha sido aprendido por el ser humano por medio de las relaciones sociales (Blair 2009). Según esto, la violencia tiene un carácter ahistórico, humano y relacional. Por esto, el nominar cada cosa que contenga cierto grado de fuerza (como los desastres naturales) o agresión (agresiones animales) como algo violento es abusar de la palabra violencia. Domenach (1980) asegura que la violencia es algo indivisible de la condición humana, pues es algo que se puede decidir ejecutar o no: “La violencia es específicamente humana y, en este sentido, ella es una libertad (real o supuesta)” (Domenach 1980, 33).

Si bien, a pesar de que las palabras violencia y agresión han sido empleadas de manera aleatoria y cual sinónimos, es importante señalar que existe una gran diferencia entre ellas. Según Martínez (2016), la agresión es un término que ha sido estudiado especialmente por las ciencias naturales y médicas (psicología, psiquiatría, neurología, etc.), llegando a la conclusión de que se trata de una característica innata en el ser humano, que puede ser modulado por el mismo, pero que forma parte de su naturaleza (al igual que de la de los animales). Se trata de un factor biológico. La violencia, por su parte, es un fenómeno que ha sido mayormente estudiado por las ciencias sociales y humanas (psicología social, sociología, politología, criminología, derecho, antropología, historia, entre otras) llegando a la conclusión de que se trata de un factor social y cultural. Con respecto a esto, Martínez (2016), citando a José Sanmartín (2006) señala que: “el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento por cultura” (Ariel 2006, 21 en Martínez 2016, 14).

A pesar de la dificultad para encontrar una definición global del término violencia, se ha tomado como referencia una concepción de esta que se ha considerado precisa para nuestro objeto de estudio, con el fin de aterrizar la presente investigación en un marco interpretativo y/o referencial. Esta concepción refiere a la propuesta de Martínez (2016) quien, reconociendo también la dificultad de formular un concepto de violencia que comprenda todas sus formas, causas y manifestaciones, ha propuesto concebir a la violencia como “una forma de relación social caracterizada por la negación del otro” (Martínez 2016, 16).

El autor llega a esta concepción influenciado por la propuesta de John Keane (2000) quien menciona que la violencia es “siempre un acto relacional en el que su víctima, aun cuando sea involuntario, no recibe el trato de sujeto (...), sino el de un simple objeto potencialmente merecedor de castigo físico e incluso destrucción” (Keane 2000, 61-62). Con base en esta definición, Martínez (2016) da cuenta que la violencia siempre está compuesta por dos

aspectos: 1) es un acto relacional, es decir, se necesita de otro para que esta tenga lugar y 2) la víctima no es considerada un sujeto de derechos, siendo negada o disminuida en cuanto a su subjetividad.

Martínez (2016), al dar cuenta de esta inevitable relación social que comprende la violencia, señala que esta relación no está dada únicamente de manera dual (agresor/a – víctima), sino que en esta siempre participa (aunque sea de forma velada) un tercero (espectador), que puede ser, incluso, quien motive esta violencia. Al incluir a este tercer participante, el autor rompe con la concepción cerrada y simplista de la violencia como una agresión física y/o directa motivada por conflictos personales, sino que toma en cuenta también el contexto social y cultural en el que se encuentran inmersos, afirmando que “siempre ese contexto influye y es influido por las relaciones que tienen lugar en él” (Martínez 2016, 16). Según el autor, este contexto no debe ser mirado como un simple lugar en donde la violencia sucede, sino como una situación temporal y espacialmente relativa, que influye en las relaciones sociales y que se deja influir por esta. Con respecto al segundo componente de su concepción, la negación del otro, Martínez (2016) señala que se refiere a la forma en cómo se concibe a ese otro. Cuando se habla de una negación no se hace referencia a hacer como si no existiese (pues basta con hablar de un otro para que exista una relación), sino, más bien, se refiere a posicionar a este otro en un lugar de objeto, más que de sujeto. En este sentido, hubiese sido mejor señalar que se trata de la negación del otro en tanto sujeto (de derechos, al menos).

Aunque, seguramente, esta concepción de violencia no se podrá aplicar a todas las formas y manifestaciones de la violencia, se considera que es una opción idónea para explicar lo que es y cómo se da la violencia hacia las mujeres (de la cual, la violencia ginecobstétrica es parte) y/o la violencia de género. No obstante, es necesario señalar que, es muy distinto mirar a la violencia contra las mujeres desde una perspectiva tradicional (patriarcal) que desde una perspectiva feminista. Para empezar, el feminismo ha situado a la violencia contra las mujeres como un problema social y político, redefiniéndola como violencia de género (De Miguel 2005). Sin embargo, esto no ha sido una tarea fácil, pues ha significado romper con siglos de legitimación social y académica (incluso por parte de las mismas mujeres) de este tipo de violencia, debido a la estructura patriarcal en la que se ha desarrollado. En este sentido, según De Miguel (2005), “La teoría feminista tiene entre sus fines conceptualizar adecuadamente como conflictos y productos de unas relaciones de poder determinadas, hechos y relaciones que se consideran normales o naturales, en todo caso, inmutables” (De Miguel 2005, 234).

2.1.2.1. Violencia contras las mujeres

Según De Miguel (2005), la violencia contra las mujeres posee ciertas características específicas, como la legitimación de la misma con base en su condición de mujeres y no de personas. La autora señala que esta legitimación de la violencia hacia las mujeres parte de la posición inferior y de subordinación –antes los hombres– que estas ocupan en la estructura social. Sin embargo, un dato curioso que De Miguel (2005) da cuenta es que: “las mujeres, que nunca fueron sujetos de derechos siempre lo fueron para el derecho penal. El único que tradicionalmente ha considerado a las mujeres personas, responsables de sus actos” (De Miguel 2005, 236). Esto, con referencia a que es ya desde la Ilustración que colectivos de mujeres se empiezan a organizar para reivindicar sus derechos como seres humanos. No obstante, estos actos de reivindicación eran condenados tanto penal, como socialmente. Tal cual le ocurrió a Olympe de Gouges quien, durante la Revolución Francesa, redactó la “Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana” y por la cual fue condenada a la guillotina.

Sin embargo, no es sino hasta los años sesenta del siglo XX, con el feminismo radical que, bajo el eslogan “lo personal es político”, empieza una verdadera agitación política y social por la desigualdad de las mujeres, debido a su posición inferior y subordinada en el sistema social. Según De Miguel (2005), las feministas radicales fueron quienes elaboraron el concepto de patriarcado para referirse a “un sistema de dominación basado en el sexo-género e independiente de otros sistemas de dominación” (De Miguel 2005, 238). Esta autora señala que el feminismo radical logró ampliar el concepto de lo político, al aplicarlo a toda clase de relaciones estructuradas bajo el poder, como las que se dan entre los sexos/géneros. Entonces, la violencia contra las mujeres deja de ser considerada una situación íntima o privada entre el agresor y la víctima, y pasa a ser vista como una problemática social de carácter estructural: “es una violencia estructural sobre el colectivo femenino” (De Miguel 2005, 239).

Según Merino (2019), un error muy común que se ha cometido desde la academia tradicional ha sido analizar los asuntos sociales desde una perspectiva individualista/biologicista, ignorando por completo el contexto histórico, político, social y cultural donde estos acontecimientos tienen lugar: “se reduce el asunto a la vida íntima de las personas (ya sea por rasgos psicológicos o biológicos) (...). Se anula la reflexión sobre un problema que puede y debería ser pensado a nivel de la vida pública” (Merino 2019, 10). Pero ¿por qué debería ser pensando en el nivel de lo público? Pues porque se trata de problemas estructurales que van mucho más allá de las decisiones individuales de cada persona.

Según Merino (2019) una estructura social se forma (y se mantiene) a través de “procesos y relaciones que están siempre presentes en la vida cotidiana, aun cuando no lo notemos explícitamente, y que influyen activamente en quiénes somos y en las decisiones que tomamos” (Merino 2019, 15). Si bien, estas estructuras no determinan el accionar de una persona, sí lo condicionan, debido a que el contexto refiere al marco referencial de lo que está permitido. En este sentido, el accionar de toda persona depende mucho del contexto histórico, político, social y cultural del que sea parte pues “no lo hace como producto de una ocurrencia personal extraordinaria, sino que actúa en el marco de aprendizajes sociales adquiridos en las relaciones con aquellos con quienes comparte una comunidad” (Merino 2019, 12). Esto no quiere decir que una persona no pueda decidir sobre su accionar, sino que estas decisiones siempre estarán afectadas por el contexto del que sea parte.

Segato (2003) señala que una de las estructuras elementales de la violencia radica en la tensión que se origina entre el sistema sexo-género y el contrato social. Pero ¿por qué se da esta tensión? Pues porque, por un lado, existe un sistema sexo-género que organiza al mundo (de manera desigual), preestableciendo roles y estableciendo lo que es normal y permitido; y, por otro lado, existe un contrato social en el que se dice proteger a las mujeres y repudiar toda clase de violencia hacia las mismas, mientras se normaliza prácticas violentas y/o injustas. La mujer, al ser partícipe de ambos sistemas patriarcales, se encuentra en medio de esta tensión, pues: “se la define simbólica y prácticamente según roles preestablecidos y, por otro lado, se la nombra como sujeto social, capaz de autonomía” (Herrera 2008, 69-70). Es justamente aquí donde se produce y reproduce, de manera legítima, la violencia hacia las mujeres.

La violencia hacia las mujeres, al ser una violencia estructural, está totalmente legitimada (en diferentes niveles) por todas las sociedades del mundo. Si bien, desde las últimas décadas del siglo XX, la violencia física ha sido repudiada por la mayor parte de la población, lo cierto es que todavía vivimos “en un contexto social en el que nos hemos habituado a una serie de prácticas totalmente normalizadas que, si bien no suponen un maltrato directo del cuerpo de la mujer, sí sirven como mecanismos de control e intimidación” (Merino 2019, 17). El caso de la violencia ginecobstétrica es particular porque a pesar de conllevar una violencia directa sobre el cuerpo de las mujeres, sigue estando totalmente naturalizada e, incluso, autorizada por la sociedad, debido al poder que se le ha otorgado a la biomedicina (Vallana 2019).

Según Herrera (2008) la violencia hacia las mujeres ocurrida dentro del marco de la salud forma parte de aquellas violencias que son menos visibles, pero no por eso menos dañinas, pues tienen como objetivo mantener la inferioridad y subordinación de las mujeres y de lo

femenino en la sociedad. Sin embargo, señala también que no es que estas violencias sean invisibles por sí mismas, sino que han sido invisibilizadas a la fuerza por medio de mecanismos (costumbres, códigos, normas, roles, estereotipos, discursos, etc.) propios de la estructura patriarcal, que han pretendido hacerlas pasar como lo natural y, por ende, como algo inmutable. Herrera (2008), apoyándose en Giberti (1989) señala que lo invisible no es necesariamente aquello que está oculto, sino más bien aquello que es denegado y/o prohibido de ser visto.

Según esta autora, para levantar este velo impuesto por el patriarcado sobre la violencia contra las mujeres con la intención de normalizarla, es necesario empezar a nombrarla: “Levantar la prohibición de ser vista implica dar cuenta de la importancia de *nominar* la violencia, hacer visible la opresión para autorizar la explicación y poder ofrecer alternativas de resolución” (Herrera 2008, 66). No obstante, antes de poder hacerlo, el primer paso para luchar contra estas violencias invisibilizadas es reconocer su existencia: “el primer paso para la transformación, el reconocimiento de que la problemática existe” (Vallana 2019, 131).

2.1.2.2. Violencia Ginecobstétrica

La violencia ginecobstétrica es una de estas violencias contra las mujeres que todavía se encuentran bastante invisibilizadas y/o naturalizadas por las sociedades del mundo que, como se ha mencionado ya, poseen una estructura patriarcal. Según Vallana (2019), este sistema de subordinación femenina se ve reflejado a través de los modelos tecnocráticos e industrializados del parir/nacer. El modelo tecnocrático de parir/nacer se caracteriza por: posicionar a las mujeres y personas gestantes como objetos de intervención; considerar al cuerpo femenino como algo netamente funcional/biológico; someter a las mujeres a procesos previamente estandarizados, aun cuando no sea necesario; anular e irrespetar las creencias socioculturales de las mujeres; posicionar a las gestantes en un lugar de subordinación, impidiéndoles adoptar un rol activo durante el parto; concebir los partos como mercancía, mediante la reducción de gastos de recursos humanos y materiales; sobrevaloración de equipos tecnológicos, desplazando las relaciones interpersonales entre pacientes y el personal de salud.

Según Vallana (2019), el modelo tecnocrático mantiene una estrecha relación con los modelos industrializados pues lo que se busca también es: “optimizar el tiempo por medio de las cadenas estandarizadas de producción por lo que también se ha llamado (...) modelo de producción de la reproducción” (Vallana 2019, 132). Con este modelo tecnocrático/

industrializado las mujeres son cortadas, pinchadas, maltratadas, manipuladas, ultrajadas, infantilizadas, humilladas, abandonadas y posicionadas como cuerpos netamente funcionales que deben atenerse a protocolos preestablecidos. Según la autora, una de las manifestaciones más comunes de este modelo es obligar a las mujeres a parir en posición dorsal, muchas veces atadas de pies y con los genitales totalmente al descubierto, recibiendo, a su vez, amenazas de cesáreas si no colaboran con el proceso médico.

Como consecuencia de estos tipos de maltrato (propios de la hegemonía médica/patriarcal) hacia las mujeres en espacios sanitarios, durante sus procesos de gestación, surge el concepto de violencia obstétrica. Aunque de principio lo hace en las normativas de los distintos países que buscaban sancionar las violencias que sufren las mujeres durante las atenciones médicas, especialmente, durante el parto. Sin embargo, fueron los movimientos feministas y/o de mujeres de cada país quienes, mediante el activismo social, pusieron el tema sobre la mesa, denunciando la realidad que viven a diario las mujeres durante los procesos obstétricos. Gracias a esto, las ciencias sociales, especialmente, los estudios de género y/o feministas, han volteado su mirada hacia el fenómeno, adoptando los términos violencia obstétrica o ginecobstétrica.

Como se ha mencionado, son escasos los estudios que nombran la parte ginecológica de esta violencia, pues la mayoría se centra en investigar y analizar, únicamente, aquella violencia ocurrida en los servicios obstétricos. Sin embargo, como autora de esta investigación considero sumamente importante darle un lugar a esta otra parte de la problemática –la parte ginecológica– ya que la violencia hacia las mujeres durante los servicios de ginecología es algo que ocurre en el día a día y, aún así, sigue totalmente naturalizada. Según Vallana (2019), la violencia ginecobstétrica refiere a “diversas formas de violencia que se presentan en la atención de varios procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, como la anticoncepción, las consultas en ginecología y la atención obstétrica en embarazo, parto, aborto y puerperio” (Vallana 2019, 133). Por esto, la violencia que ocurre durante los servicios de ginecología y de obstetricia se trata de un atentado contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y, por ende, una violación a sus derechos humanos.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) de México de la ONU (2017) señala que los derechos sexuales y reproductivos están compuestos por:

1. Derecho a la libertad y autonomía sexuales: incluye cualquier forma de expresión de la sexualidad que no afecte los derechos de otras personas y sea lícita.
2. Derecho a la información y educación sobre sexualidad basada en evidencia científica.

3. Derecho a la salud sexual, que no se refiere sólo a la ausencia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, sino a la posibilidad del disfrute pleno de la propia sexualidad, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva y los insumos para su protección, como condones y los anticonceptivos, entre otros.
4. Derechos a decidir libremente sobre ejercer o no la reproducción.
5. Derecho a vivir conforme a la propia orientación sexual y a la libre expresión de la misma.
6. Derecho a vivir conforme a la propia identidad de género y a la libre expresión de la misma.
7. Derecho a la equidad sexual, libre de discriminación por sexo, género, orientación sexual, edad, origen étnico, clase social, discapacidad, etcétera.
8. Derecho a la privacidad y la intimidad, incluyendo la relativa a la propia sexualidad.
9. Derecho a procurar el placer sexual. Cualquier forma de obtener placer sexual es legítima, siempre y cuando no afecte los derechos de los demás y sea lícita. Además, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
10. Derecho a la libre asociación sexual: la elección de pareja sexual, duradera o efímera es una cuestión individual y sólo está sujeta a la aprobación de la otra parte involucrada, incluyendo el matrimonio y el divorcio. (CNDH 2017, 41-42-43).

En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos hacen referencia al ejercicio libre y voluntario que tienen todas las personas a decidir sobre el control de su sexualidad y reproducción, sin perjuicio de sufrir actos violentos o discriminatorios (Amnistía Internacional 2022). Sin embargo, históricamente, la vulneración de estos derechos ha afectado en mayor medida a las mujeres –y personas no heterosexuales–, debido a la posición de subordinación de estas dentro del sistema patriarcal mencionado.

Según Vallana (2019), la violencia ginecobstétrica resulta de una doble posición de subordinación de las mujeres: por razón de su género y por su lugar de paciente. En palabras de la autora: “la violencia obstétrica es el resultado de la intersección entre violencia de género y violencia institucional en la atención de salud” (Vallana 2019, 135). Añade que esta doble subordinación se complejiza en mujeres históricamente marginadas por cuestiones de raza y clase.

En cuanto a las manifestaciones de la violencia ginecobstétrica, García (2018) señala que esta puede darse de manera física, psicológica o emocional antes, durante o después del parto. Sin embargo, para Vallana (2019) la violencia ginecobstétrica va mucho más allá de manifestaciones físicas o psicológicas, manifestándose a través de distintos tipos de violencia, entre ellos: violencia verbal (insultos, comentarios descalificadores, gritos, etc.),

violencia física (intervenciones médicas bruscas, irrespeto a los ritmos naturales del cuerpo, irrespeto a la posición deseada de parto, etc.), violencia psicológica y/o emocional (falta de información, comunicación poco clara, comentarios impertinentes, humillaciones, burlas, invisibilizaciones, etc.), violencia sexual (comentarios de índole sexual, acoso o abuso sexual), violencia simbólica (cosificación y apropiación del cuerpo femenino e infantilizaciones), violencia institucional (malas políticas institucionales, excesivo tiempo de espera, falta de agilidad en los procesos, etc.) y violencia estructural (a través de las políticas de Estado).

No obstante, es muy importante señalar que, no se trata únicamente de una mala praxis, sino que se trata sobretodo de un tipo de violencia de género contra las mujeres, refiriéndonos a la violencia de género como un tipo de violencia que está constituido por un mecanismo de control y subordinación de lo femenino, teniendo como objetivo principal el mantenimiento de las relaciones de poner en el que los hombres tienen una posición dominante; pues, siguiendo uno de los ejemplos de García (2018), no se ha visto que un hombre sea obligado por el urólogo a realizarse prácticas “médicas/sanitarias” en contra de su voluntad.

2.2. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica

Como se ha mencionado, la violencia ginecobstétrica no es un fenómeno de reciente aparición, sino que ha estado presente a lo largo de la historia de las mujeres, como parte de los resultados de la dominación masculina, culturalmente aceptada por las sociedades del mundo (Bourdieu 2000). Puede verse, en muchas ocasiones, como una problemática nueva, debido a la subordinación y subyugación normalizada de lo femenino frente a lo masculino o, específicamente, de las mujeres frente a los hombres (Salgado 2018). A pesar de que los movimientos feministas y los colectivos de mujeres en general han venido denunciando el adueñamiento del cuerpo de las mujeres como un territorio de hombres; es apenas hace dos décadas que estas denuncias son tomadas en cuenta por las Organizaciones Internacionales y los Estados-nación, como un problema de salud pública.

Por lo general, en las legislaciones, normativas, declaraciones o informes se habla únicamente de la violencia obstétrica, haciendo referencia al maltrato y a los diferentes tipos de violencias que sufren las mujeres en las etapas de embarazo, parto y puerperio. No obstante, en muchas ocasiones, cuando se habla de violencia obstétrica se está haciendo referencia también a experiencias que van más allá de las fases mencionadas, como lo explica Natalia Gherardi (2016), Consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para

América Latina y el Caribe (CEPAL), en el documento “Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar”. Aquí la autora señala que “La violencia obstétrica no solo se relaciona con la experiencia de parto: incluye otros aspectos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia” (Gherardi 2016, 17).

Sin embargo, como ya se ha mencionado, en este escrito se hará referencia a la violencia ginecobstétrica para abordar las violencias que tienen lugar en los espacios y/o servicios ginecológicos y obstétricos ya que, bajo el punto de vista de la investigadora, es de suma importancia nombrar los acontecimientos de la manera más explícita posible, pues nombrar es dar un lugar a las cosas y reafirmar su existencia. En concordancia con esto, la Red chilena contra la violencia hacia las mujeres (2018) señala que Natasha Toledo, directora de “Parir-NOS Chile”,⁷ persiste en: “posicionar el concepto de ‘violencia ginecobstétrica’, y no tan sólo violencia obstétrica, ‘porque también queremos abordar todo lo que es ginecología, atención en salud sexual y reproductiva. No lo viven [la violencia] solo las mujeres en los partos”” (Red chilena contra la violencia hacia las mujeres 2018, párr. 5).

Dicho esto, a continuación se realizará un breve recorrido histórico y sociopolítico de la violencia ginecobstétrica, de manera cronológica, a nivel internacional, regional y local.

2.2.1. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica en América Latina

Según Montero, Ayala y Torres (2019) es a partir de la creación de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) en el año 2000 que la comunidad internacional empieza a notar y dar importancia a la violencia obstétrica. Según estos autores, esto fue un hito en la historia de las mujeres, pues a partir de la creación de esta red, países como Argentina (2009) y México (2014) impulsaron leyes contra todo tipo de abuso ejercido hacia las mujeres en proceso de parto.

Autores como Gherardi (2016), Díaz y Fernández (2018), Quattrocchi (2018) y Vallana (2019), quienes en sus artículos científicos han abordado la situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina, discrepan en el número de países que han reconocido institucional o estatalmente este tipo de violencia. Sin embargo, todos concuerdan en que Venezuela fue el primer país en reconocer formalmente a la violencia obstétrica como una

⁷ Organización feminista que trabaja para la visibilización y erradicación de la violencia ginecobstétrica en Chile, desde el año 2015.

forma de violencia que afecta particularmente a las mujeres, en el año 2007, mediante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley 38.668).

Según el relato histórico y sociopolítico realizado por Gherardi (2016), Consultora de la CEPAL, siguiendo los pasos de Venezuela, Argentina en el año 2009 reconoce también de manera explícita la violencia obstétrica, castigándola mediante la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Ley 26.485). Panamá y Bolivia, en el año 2013, incluyen la violencia obstétrica en su Ley de Protección Integral. Sin embargo, Bolivia no la denomina como tal, sino como “violencia en los servicios de salud” (Gherardi 2016, 18).

Según Díaz y Fernández (2018), México, en el año 2014, también se suma a los países que reconocen y sancionan este tipo de violencia contra la mujer. Sin embargo, según señalan los autores: “En México existen dos órdenes de regulaciones relacionadas con la violencia obstétrica. Una de ellas es de carácter federal y la otra es de nivel estatal” (Díaz y Fernández 2018, 134). En este sentido, cada uno de los estados mexicanos cuentan con su propia legislación, por lo que no todos regularán o sancionarán la violencia obstétrica o ginecobstétrica; y si lo hacen es posible que lo hagan de diferente manera.

Según Díaz y Fernández (2018), en México, a nivel federal o nacional no existe todavía una regulación específica para la violencia obstétrica. Sin embargo, cuentan con un proyecto de ley que permite sancionarla. Y a nivel estatal, solamente 10 Estados han incluido a la violencia obstétrica en sus respectivas leyes. Según los autores: “Se trata de los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo” (Díaz y Fernández 2018, 134). En todos los casos, las sanciones para quienes ejerzan este tipo de violencia recaen en penas privativas de libertad y multas. No obstante, en el caso del Estado de Chiapas, también se suspenderán las funciones y/o el título profesional, independientemente de las lesiones causadas (Díaz y Fernández 2018).

Siguiendo esta línea de tiempo, no fue sino hasta el año 2014 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda el tema del trato irrespetuoso y violento que reciben las mujeres durante el parto en los distintos centros de salud a nivel mundial; mediante la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” (OMS 2014). Esta es la primera vez que la OMS da lugar a la violencia obstétrica. Sin embargo, sin referirse a la misma como tal.

En el año 2015, Chile presenta ante la Cámara de Diputados, por moción parlamentaria y mediante el Boletín No. 9902-11, un proyecto de ley que, en su artículo 1, regulaba lo referido a violencia ginecobstétrica y, en su artículo 2, sancionaba la violencia obstétrica como un delito. Lastimosamente, parece ser que este proyecto de ley no tuvo continuidad o fue anulado, pues, en este país, aún no cuentan con normativa referente a la violencia ginecobstétrica (Díaz y Fernández 2018).

En el año 2017, en el Ecuador se presenta un proyecto de ley, denominado Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM), en el que se aborda diferentes tipos de violencias que afectan a las mujeres por su condición de género, entre ellas, la violencia gineco-obstétrica. Este proyecto de ley fue aprobado y se encuentra vigente desde febrero del año 2018.

En el año 2019, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante el informe “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica” (ONU 2019), presentado a la Asamblea General de dicha organización, trata por primera ocasión el tema de la violencia obstétrica, como un fenómeno que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es decir, contra sus derechos humanos.

El 14 de junio del 2021, el Senado de la República de Chile señaló que, el martes 01 de junio de 2021, las senadoras Carolina Goic, Isabel Allende, Carmen Gloria Aravena, Yasna Provoste y Marcela Sabat presentaron, mediante el Boletín No. 14284-11, “una moción que busca establecer los derechos de las mujeres en las atenciones gineco-obstétricas, los derechos del nacimiento y regular la violencia gineco-obstétrica” (República de Chile - Senado 2021).

El 24 de junio del 2021, el Parlamento Europeo aprobó la Resolución sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea (UE), en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215 (INI)). En esta resolución se menciona a la violencia ginecológica y obstétrica como “obstáculos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos” (2020/2215 (INI)) y se insta a los Estados miembros a que luchen contra las mismas, mediante el debido proceso.

Con respecto a esto último, se puede observar que, hasta el presente año no se cuentan con las suficientes leyes o políticas públicas, a nivel regional e internacional, que respalden y protejan a las mujeres de este tipo de violencias, garantizándoles el acceso a una atención digna, que

considere primordial el respeto a la salud sexual y reproductiva, lo cual va en contra de los derechos humanos de las mismas.

2.2.2. Contexto sociopolítico e histórico de la violencia ginecobstétrica en el Ecuador

En el Ecuador, al igual que en el resto del mundo, la violencia ginecobstétrica ha sido un problema social que ha afectado durante miles de años a un sinnúmero de mujeres, pero que ha sido muy poco abordada, tanto académica, como legalmente. Son los movimientos feministas y/o colectivos de mujeres los que han venido hablándolo y haciéndolo notar para promover al Estado a generar políticas públicas y normativa que protejan a las mujeres de todo tipo de violencias, garantizando su condición de humanas, sujetas de derechos.

Uno de los movimientos sociales más representativos en el Ecuador sobre la violencia ginecobstétrica refiere a El Parto es Nuestro-Ecuador (EPEN) creado en el año 2012 por un grupo de mujeres que daban cuenta que “la situación de violencia gineco-obstétrica (...) no era algo extraño, ni casual, sino que se trataba de una violencia estructural, actual, tan cimentada en nuestro sistema social que se ha normalizado y que traspasa fronteras” (El Parto es Nuestro – Ecuador 2016). Esta organización tiene como objetivo el educar a las mujeres sobre un parto humanizado y respetado, y sobre los derechos que estas poseen como seres humanos; así como de acompañar a las mismas en sus procesos de gestación, parto y puerperio. Este fue un proyecto muy bien recibido por las mujeres ecuatorianas y extranjeras que residen en el país, llegando a topar puertas de organizaciones nacionales e internacionales.

El Parto es Nuestro-Ecuador ha participado en algunos debates importantes sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como en aquellos que abordan la violencia ocurrida durante los servicios obstétricos. En el año 2014, lograron que el “Informe Sombra Ecuador”, remitido a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), incluyera, por primera vez, la violencia obstétrica como uno de los tipos de violencia que afectan a las mujeres por su condición de género. Así mismo, en el año 2015, consiguieron que, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, elabore un criterio técnico sobre la violencia obstétrica para incorporarlo en el Código Orgánico de Salud (que se encontraba en desarrollo), mismo que fue rechazado por la Asamblea General del Estado ecuatoriano (El Parto es Nuestro-Ecuador 2016).

Sin embargo, antes de la llegada de EPEN al Ecuador, en el país, grupos feministas y movimientos de mujeres, influenciados por las conferencias internacionales de los derechos

humanos de las mujeres, ya se estaban organizando para manifestarse sobre la importancia de la salud ginecobstétrica, así como sobre el cuidado de los/las recién nacidos/as. Esto se puede comprobar mediante el breve recorrido sobre la legislación y normativa ecuatoriana –con respecto al tema– que se realizará a continuación.

En 1994 se aprueba la Ley de Maternidad Gratuita –Ley 000, publicada en el Registro Oficial Suplemento 523 de 9 de septiembre– con la finalidad de garantizar el acceso a la salud gratuita y de calidad durante las fases de embarazo, parto y puerperio, así como a programas de salud sexual y reproductiva, como parte de sus derechos (Ley 000/1994). Sin embargo, al quedar de lado ciertos aspectos indivisibles, entre ellos, el cuidado del/la recién nacido/a, esta Ley sufre algunas reformas y/o codificaciones.

En 1998 se expide la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) –Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de agosto– la cual refiere a una reforma y codificación de la ley 000/1994, que además de garantizar el acceso gratuito y de calidad para las mujeres a los servicios ginecológicos y obstétricos durante la gestación, se garantiza también la atención gratuita y de calidad para los recién nacidos, menores de 5 años, como acción de salud pública, de la cual el Estado es responsable (Ley 129/1998).

En 2003 se plantea el Código de la Niñez y Adolescencia, el cual en su artículo 25 referente a la atención al embarazo y al parto refiere que el poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes “crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño (...) especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos” (art. 25).

En 2005, 7 años después de la expedición de la LMGYAI, se crea en el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con independencia financiera y administrativa. Así mismo, se realiza una sexta codificación a la LMGYAI incluyendo, finalmente, las disposiciones generales agregadas a la ley 129/1998. En el 2006, se realiza el Registro Oficial Suplemento 349 de 05 de septiembre.

En 2007, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), expiden la “Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” con el objetivo estratégico de “Disminuir las brechas existentes entre los enunciados de derechos, especialmente sobre salud sexual y salud reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos” (Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2007, 27).

Cabe señalar que esta política tiene entre sus fines mejorar el acceso a servicios de salud sexuales y reproductivos, reducir la mortalidad materna y garantizar la atención infantil de calidad.

En el 2008, el MSP, el SNS y el CONASA publican el “Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal” con el fin de garantizar el acceso y mejorar la calidad de atención de los servicios ginecobstétricos y cuidados neonatales, para reducir muertes maternas y neonatales. Cabe señalar que se trata de una política pública con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008).

En este mismo año –2008– las mismas instituciones expiden la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado” con la finalidad de mejorar la atención y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, ajustándolos a la diversidad cultural para así fomentar una atención médica amable y respetuosa en todo sentido, incrementando la confianza en esta por parte de la población y evitando muertes maternas y neonatales (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado 2008).

En el 2013, el MSP publica la “Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial” (CONE) en el Sistema Nacional de Salud para: “Operativizar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal en el Sistema Nacional de Salud a través de la Red Pública Integral de Salud y participación ciudadana” (CONE 2013, 27), con la finalidad de garantizar la atención oportuna y de calidad a las mujeres gestantes y puérperas, así como a las/los recién nacidas/os en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

En el 2015 se plantea la Ley Orgánica Integral por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias, en la que se incluía en su artículo 25 a la violencia obstétrica (Gherardi 2016). Aunque esta Ley no fue aprobada, su elaboración y presentación puso, por vez primera, sobre la mesa una problemática que afecta diariamente a las mujeres en el país y que hasta el momento estaba invisibilizada y normalizada, lo que, según el EPEN (2016), marcó un precedente en el contexto histórico y sociopolítico de la violencia obstétrica en el Ecuador e incitó unos cambios en el trato humano y en la calidad de los servicios presentados en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2017.

En el 2016, el MSP expone la “Guía Práctica Clínica” (GPC) de Control Prenatal con el objetivo de proveer de conocimiento y evidencia científica disponible a los profesionales de salud sobre todo lo referente a lo prenatal para que puedan actuar de manera temprana y así

evitar y/o disminuir la morbilidad materna y perinatal. Para esto, uno de sus objetivos estratégicos era proporcionar una atención médica prenatal rutinaria de forma integral, por medio de la participación de un equipo interdisciplinario (Guía Práctica Clínica de Control Prenatal 2016).

En el 2017 se publica el “Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021”, el cual tuvo como finalidad garantizar una atención integral y de calidad en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la igualdad y el respeto con énfasis en grupos de atención prioritaria y minorías, articulando aspectos de la gestión del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano que permita desarrollar estrategias que logren crear guías, protocolos e itinerarios correspondientes a la salud sexual y reproductiva en el Ecuador (Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017).

En el 2018 entra en vigencia la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM) –Ley 175 publicada en el Registro Oficial Suplemento 175 de 05 de febrero– en la cual se describen varios tipos de violencias que se ejercen contra las mujeres por el hecho de serlo. Entre estas violencias se encuentra (en el capítulo 3, artículo 9, numeral f) la violencia gineco-obstétrica:

Se considera a la violencia gineco-obstétrica como toda acción u omisión que impide el derecho de las mujeres a la salud, que se exprese en maltrato, imposición de prácticas culturales no consentidas o violación del secreto profesional, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y post parto como patología, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres a lo largo de su vida, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Las mujeres no embarazadas pueden sufrir violencia durante su atención ginecológica u obstétrica cuando ésta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (LOIPEVM 2018, art.9).

Es preciso mencionar que la LOIPEVM (2018) estipula, por primera vez, la parte ginecológica del problema, refiriéndose a la violencia ginecobstétrica como una totalidad. Y es a partir de entonces que se empieza a hablar de la violencia ginecobstétrica en el país –y ya no solo de la violencia obstétrica– así lo demuestra la Encuesta ENVIGMU del INEC que incluye por primera vez en el año 2019 a la violencia ginecobstétrica como un tipo de violencia de género que afecta a las mujeres.

Siguiendo este corto recorrido normativo y legislativo, se puede observar que el Estado ecuatoriano ha avanzado en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, parecería ser que este progreso se ha dado solo de manera formal, pues en la práctica se sigue evidenciando muchas violaciones hacia estos derechos, especialmente en el caso de las mujeres, así como en lo que a servicios ginecológicos y obstétricos se refiere. De igual manera, se ha podido observar que en el marco legislativo/normativo, durante los últimos años, ya no se habla solo de una violencia obstétrica, sino que ahora se hace referencia a una violencia ginecobstétrica, tomando en cuenta los aspectos ginecológicos y obstétricos como parte de un mismo problema.

Capítulo 3. Análisis de la percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y obstétricos en la ciudad de Quito

La presente investigación pertenece al modelo teórico-aplicado. Se trata de un estudio con metodología híbrida, ya que combina métodos cuantitativos y cualitativos (Molina et al. 2012). Con respecto al método cuantitativo se utilizó la técnica de encuesta, la cual refiere a un instrumento de investigación compuesto por preguntas cerradas, a manera de formulario, para obtener resultados estadísticos. En el presente estudio se la utilizó para obtener una muestra estadística sobre la percepción que tienen las mujeres sobre los servicios ginecológicos y obstétricos ofrecidos por establecimientos de salud públicos y/o privados de la ciudad de Quito. Con respecto al método cualitativo se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, la cual refiere a un instrumento de investigación compuesto por una serie de preguntas abiertas que sirven como guía, pero que no condicionan la entrevista, sino que se va ajustando al desarrollo de la misma. En este caso, se escogió realizar este tipo de entrevistas con el fin de profundizar las percepciones de las mujeres a través de testimonios acerca de sus experiencias en el área ginecobstétrica. Se escogió la metodología híbrida con la finalidad de complementar la información. Es decir, a más de obtener datos importantes sobre la percepción de estos servicios de salud en Quito, conocer también las vivencias y los sentires individuales de las mujeres usuarias de los mismos. Ambas técnicas se aplicaron a la par, de manera virtual, durante los meses de febrero y marzo de 2022.

Las participantes del estudio son mujeres mayores de edad radicadas en la ciudad de Quito. La mayoría de estas se autodefine étnicamente como mestiza, heterosexual y cuenta con un tercer nivel educativo. Se excluyeron del estudio a mujeres menores de edad (niñas y adolescentes) y/o que no residan en la ciudad de Quito. Lo primero, debido a temas éticos y legales, y lo segundo en correspondencia con el objetivo principal del estudio el cual refiere a conocer la percepción de las mujeres sobre los servicios ginecobstétricos de los establecimientos de salud públicos y privados de esa ciudad.

Los datos e información se recogieron a partir de estas dos técnicas de investigación: encuesta y entrevista semiestructurada. A continuación, se mostrará la modalidad de diseño de los instrumentos de investigación utilizados para la recolección de datos e información; se evidenciarán los principales resultados obtenidos a partir de los mismos, mostrando primero los datos arrojados por la encuesta, así como los testimonios extraídos de las entrevistas; finalmente, se presentarán los hallazgos analíticos a partir de la interpretación de los dos tipos de información en triangulación con el marco teórico antes expuesto.

3.1. Percepción de las mujeres usuarias de los servicios ginecológicos y/u obstétricos de los establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito

3.1.1. Encuesta

La encuesta denominada “Encuesta de percepción de los servicios ginecológicos y obstétricos” fue realizada a través de la plataforma digital Google Forms, organizándola a partir de las categorías conceptuales que estructuran la presente investigación: percepción y violencia ginecobstétrica, poniendo especial énfasis en lo que a violencia ginecológica y obstétrica se refiere (características y manifestaciones). Estuvo organizada en 4 secciones: presentación, datos generales, servicios ginecológicos y servicios obstétricos; y compuesta de preguntas cerradas, dejando espacios, en ocasiones, para poder añadir algún comentario.

En la sección 1 referente a presentación se mencionó a quiénes iba dirigida la encuesta, la finalidad de la misma, el nombre de la investigadora, el destino de los datos e información recabada, la confidencialidad de los mismos, su anonimato y, finalmente, se dejó un correo electrónico al cual escribir en caso de cualquier duda o sugerencia. La sección 2 correspondiente a datos generales estuvo compuesta por 5 preguntas destinadas a conocer las características sociodemográficas de las participantes de la investigación: rango de edad, orientación sexual, actividad sexual, reconocimiento étnico y nivel educativo.

La sección 3 referente a servicios ginecológicos estuvo compuesta por 17 preguntas destinadas a conocer el tipo de instalación de atención (MSP, IESS, fundaciones, seguro privado y consulta particular), la disposición de un/a ginecólogo/a de referencia, las experiencias ginecológicas, las diferencias (si las hay) entre la atención del sector público y privado, el trato profesional, los tipos/manifestaciones de violencias en el área ginecológica, la experiencia de embarazo, la experiencia de aborto y el acceso a la anticoncepción. Es importante señalar que todas las participantes podían responder hasta este momento de la encuesta. A partir de la siguiente sección, solo podían hacerlo aquellas que habían llevado a término un embarazo.

La sección 4 correspondiente a servicios obstétricos estuvo compuesta de 7 preguntas dirigidas a dar cuenta de: las experiencias de las mujeres en esta área; el tipo de instalación médica de atención (MSP, IESS, fundaciones, seguro privado, consulta particular, entre otros); la percepción del trabajo profesional (trato e información) durante la etapa de embarazo, labor de parto, parto y puerperio; las experiencias de intervenciones médicas realizadas en esta área; las violencias durante las intervenciones médicas como la

esterilización o anticoncepción forzosa. Finalmente, se dejó un apartado para que las participantes puedan dejar comentarios, ya sea sobre su experiencia en el área ginecológica y/u obstétrica o con respecto a la encuesta.

La encuesta estuvo compuesta por 30 preguntas en total, más el espacio para comentarios. Fue compartida de manera virtual, por medio de redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter y Whatsapp, entre el 02 de febrero y el 07 de marzo de 2022, con un previo comunicado en el que se invitaba a mujeres mayores de edad y residentes en la ciudad de Quito a participar de la investigación, explicándoles la finalidad de la misma, el destino de los datos, la confidencialidad de los mismos y asegurando, además, su anonimato.

Participaron 266 mujeres mayores de edad, radicadas en la ciudad de Quito, Ecuador. Al principio del estudio, no se contaba con una muestra estipulada, por lo que las participantes en el mismo no fueron escogidas de manera intencional, sino que llegaron de manera voluntaria por medio de comunicados compartidos a través de las redes sociales mencionadas. Por tanto, se trata de un muestreo no intencional.

Es importante señalar que, al ser una investigación realizada de manera virtual, inevitablemente se dirigió a mujeres de estratos socioeconómicos medios-bajos, medios, medios-altos o altos, pues para responder la encuesta era necesario disponer de dispositivos tecnológicos como computadoras, celulares, tablets, entre otros; tener acceso a internet; a más de saber leer y escribir. Estas condiciones ha dejado de lado a mujeres de estratos socioeconómicos bajos o muy bajos que no tienen acceso a dispositivos tecnológicos, al internet y, en ocasiones, a una educación básica. Esta exclusión no se hizo de manera intencional por parte de la investigadora, sino que, al digitalizar los instrumentos de investigación debido a la crisis sanitaria por COVID-19 que está atravesando el mundo, se segregan (inevitablemente) sectores importantes de la población. Esto marca un sesgo en la investigación, pues con los resultados no se podrá hablar de las mujeres de manera general.

3.1.1.1. Presentación de los datos

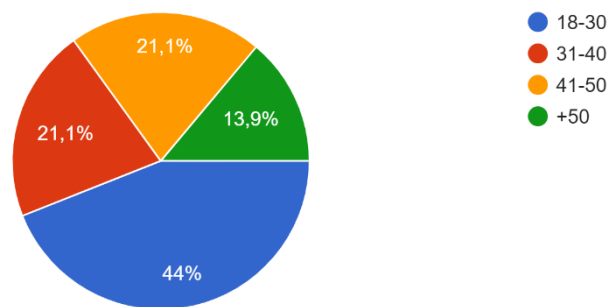
En este apartado se mostraran los datos e información obtenidos mediante la encuesta. Los datos recogidos a través de la encuesta fueron procesados de manera automática por la plataforma digital Google Forms, arrojando gráficos estadísticos como gráficos de barras o gráficas circulares/pasteles; así como un tabla de datos en excel que permitió realizar el cruce necesario de variables.

Primero, se hizo un análisis general de los datos arrojados en cada pregunta. Después se segregó la información analizándola por variables (se tomó en cuenta en mayor medida la edad y el nivel educativo, al considerarse que son las que más diferencias presentaron en la investigación). En algunas ocasiones, cuando se consideró necesario, también se realizó un entrecruzamiento de estas variables. Todo esto, debido al criterio de la investigadora por cuanto facilidad de lectura de datos y análisis.

3.1.1.1.1. Datos generales

Esta sección pretende recoger algunos datos personales de cada participante, relevantes para el estudio, entre estos: rango de edad, orientación sexual, actividad sexual, autoidentificación étnica y el nivel educativo.

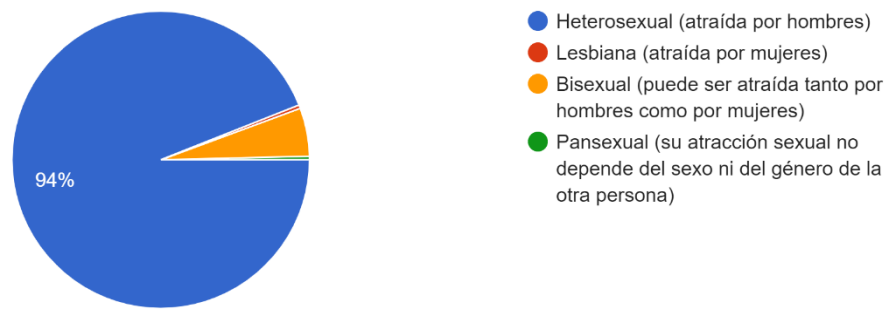
Gráfico 3.1. Rango de edad



Fuente: Plataforma Google Forms.

La mayor parte de participantes (56 %) de la encuesta se encuentran sobre los 30 años de edad. Sin embargo, el rango de edad más representativo en la presente investigación refiere al de 18-30 años con un 44 %, seguidas por el de 31-40 y 41-50 con un 21,1 %, respectivamente. Todas estas mujeres se encuentran en edad reproductiva. La población menos representativa en el presente estudio refiere a las mujeres mayores de 50 años con un 13,9 %, lo que puede deberse a una posible edad no reproductiva. Sin embargo, esta poca representatividad de las mujeres mayores de 50 años puede estar relacionada también con el sesgo propio de este estudio sobre el acceso a dispositivos tecnológicos e internet. En el caso de estas mujeres, si bien tienen acceso a la tecnología y al internet, no tienen acceso a las redes sociales por falta de conocimiento sobre el manejo de las mismas.

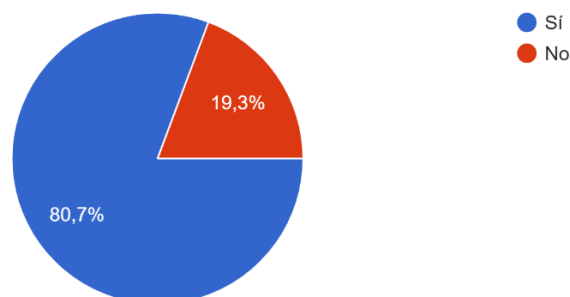
Gráfico 3.2. Orientación sexual



Fuente: Plataforma Google Forms.

La mayor parte de las participantes se reconocen heterosexuales (94 %), lo que significa estar atraídas por el sexo contrario, el sexo masculino en este caso. El 5,3 % se reconoce bisexual que significa sentirse atraída por ambos sexos: masculino y femenino. De estas participantes que se reconocen bisexuales, el 78,6 % se encuentra en el rango de 18-30 años de edad y el 14,3 % en el rango siguiente (31-40), mientras que existe un 0 % de presencia en personas mayores a 50 años. Esta diferencia puede tener que ver con la época en la que cada una de estas mujeres ha vivido, pues para las primeras existe una mayor libertad y aceptación hacia las diversidades sexuales y genéricas (a pesar de seguir regidos en gran medida por una heteronormatividad), mientras que en el caso de las segundas el salirse de la heteronormatividad universal era algo impensable. El 0,4 % se reconoce lesbiana, lo cual refiere a una atracción únicamente por el sexo femenino en el caso de las mujeres. Y el 0,4 % se reconoce pansexual lo que corresponde a un tipo de orientación sexual que no depende del ni del sexo, ni del género de la otra persona. En ambos casos, las participantes siguen siendo mujeres menores de 50 años de edad.

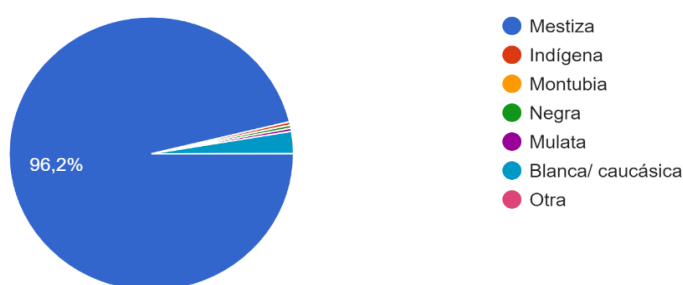
Gráfico 3.3. Actividad sexual



Fuente: Plataforma Google Forms.

El 99,2 % de las participantes respondió a esta pregunta, mientras que el 0,8 % se abstuvo de hacerlo. De las primeras, el 80,7 % señaló ser sexualmente activa, mientras que el 19,3 % afirman no serlo. La abstención por responder a esta pregunta puede deberse a una falta de comprensión de la pregunta, debido a una escasa educación sexual; así como a una reserva de información sobre temas considerados íntimos. Según la edad, las mujeres que mantienen una vida sexual más activa son las que se encuentran en el rango de edad de 41-50 años, mientras que las que mantienen menor actividad sexual son las participantes mayores de 50 años de edad.

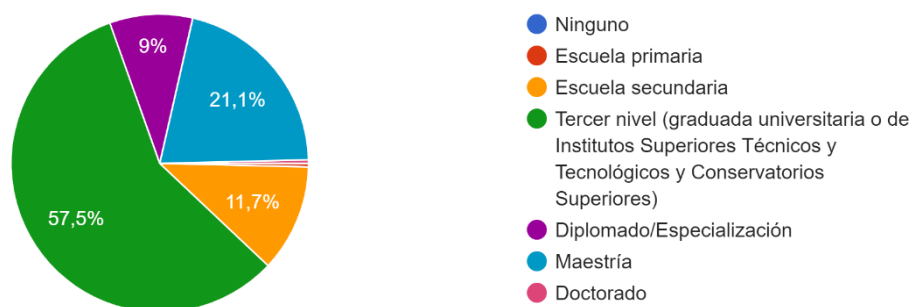
Gráfico 3.4. Autodefinición étnica



Fuente: Plataforma Google Forms.

La mayoría de las participantes (96,2 %) se autodefine étnicamente como mestiza. El 2,6 % se autodefine como blanca/caucásica. El 0,4 % se identifica como indígena. El 0,4 % se identifica como negra. Y el 0,4 % se identifica como mulata. Ninguna de las mujeres participantes (0 %) se identifica étnicamente como montubia (población campesina de la región costa del Ecuador), lo cual puede deberse a que el estudio se asienta en la ciudad de Quito que pertenece a la región sierra del Ecuador.

Gráfico 3.5. Nivel educativo



Fuente: Plataforma Google Forms.

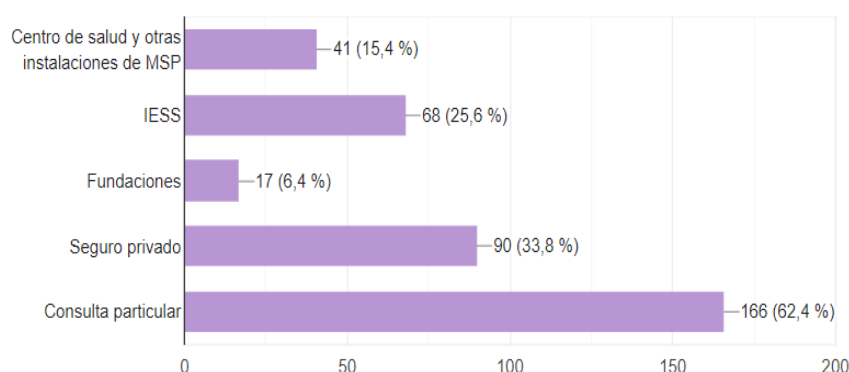
Todas las participantes cuentan con cierto nivel educativo que les permite leer y escribir. Sin embargo, solo el 99,6 % cuenta con un nivel educativo básico, ya que el 0,4 % restante refirió haber cursado únicamente la escuela primaria. Este 0,4 % de mujeres con nivel de instrucción educativa menor al básico corresponde al 0,4 % de participantes que se identifican étnicamente como negra. Así mismo, las mujeres que se reconocen como indígenas (0,4 %) y como mulatas (0,4 %) afirman haber alcanzado un nivel educativo secundario. Esto da cuenta de la diferencia de oportunidades y goce de derechos entre las mujeres según su etnia. Según este estudio, ninguna de las mujeres participantes pertenecientes a las minorías étnicas ha podido alcanzar el tercer nivel educativo referente a estudios superiores en universidades, institutos técnicos o tecnológicos y conservatorios superiores, sino que han logrado llegar hasta un nivel secundario como máximo.

Si bien, la mayoría de las participantes del presente estudio (57,5 %) cuenta con un tercer nivel académico, seguidas por quienes cuentan con un cuarto nivel académico (30,5 %) –ya sea diplomado, especialización, maestría o doctorado–, el 100 % de estas mujeres pertenece a una etnia dominante en el Ecuador (mestiza y blanca/caucásica), mientras que las mujeres participantes que pertenecen a etnias o grupos históricamente excluidos y discriminados han logrado llegar hasta un nivel de educación secundaria como máximo. De las mujeres con estudios superiores, el 66,7 % es mayor de 40 años de edad. Cabe señalar que la mayor parte de participantes con estudios secundarios (53,1 %) se encuentra en un rango de edad de 18-30 años, lo que puede significar que aún se encuentren cursando su carrera universitaria. Sin embargo, casi la mitad de estas (43,8 %) son mayores de 30 años lo que habla de una falta de oportunidades afectada por falta de ingresos o creencias machistas.

Sea como sea, las participantes con estudios secundarios o primarios no tienen representatividad en el presente estudio, ya que apenas suman el 12,1 %. Y es importante subrayar que esta poca representatividad no demuestra la realidad social que vive el Ecuador, es decir, no quiere decir que la mayor parte de mujeres radicadas en Quito cuentan con un título de tercer nivel, sino que el sesgo propio de la investigación no permitió que mujeres de escasos recursos o con poco o ningún tipo de instrucción educativa puedan participar de ella. Y esta falta de acceso a la tecnología y al internet sí habla de la realidad social que se vive en el Ecuador.

3.1.1.1.2. Servicios ginecológicos

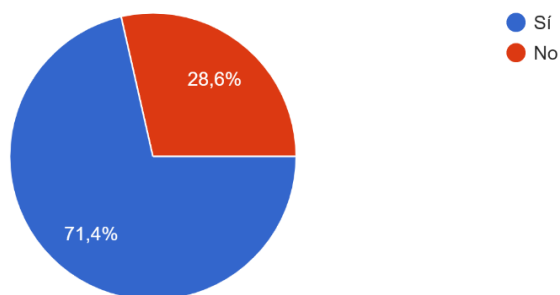
Gráfico 3.6. Tipos de establecimiento de salud



Fuente: Plataforma Google Forms.

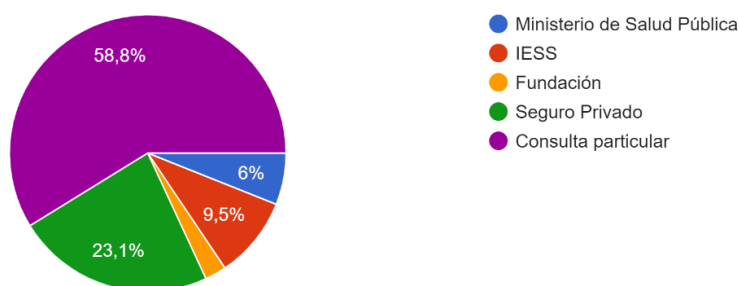
La mayoría de las participantes acude a consulta y/o revisión ginecológica en el sector privado. Y entre estas mujeres que optan por la salud privada, la mayor parte (62,4 %) prefiere la consulta particular, mientras que el 33,8 % acude al seguro privado y el 6,4 % a fundaciones. Solamente la cuarta parte (aproximadamente) de las participantes, acude a los servicios de salud del sector público para consultas ginecológicas. Entre estas, el 25,6 % se hace atender en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el 15,4 % en establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública (MSP) como los Centros de Salud. El 21,43 % de las participantes acuden o han acudido a establecimientos de salud tanto públicos, como privados para consultas ginecológicas. Sin embargo, la mayor parte resalta la consulta particular como la mejor opción en cuanto a salud ginecológica. El 64,4 % de las participantes toma en cuenta la consulta particular como una de sus opciones para servicios ginecológicos, mientras que el 33,1 % de las participantes la considera su única opción. De las mujeres que solamente acuden a consulta privada, el 77,3 % cuenta con un médico de referencia. Sin duda, estos resultados están influenciados por el sesgo socioeconómico propio de la investigación. Sin embargo, también refleja la realidad nacional del Ecuador en cuanto a la precarización de la salud pública, pues el 35,5 % de las mujeres que cuentan con estudios secundarios prefiere acudir única y exclusivamente a la consulta particular.

Gráfico 3.7. Ginecólogo/a de referencia



Fuente: Plataforma Google Forms.

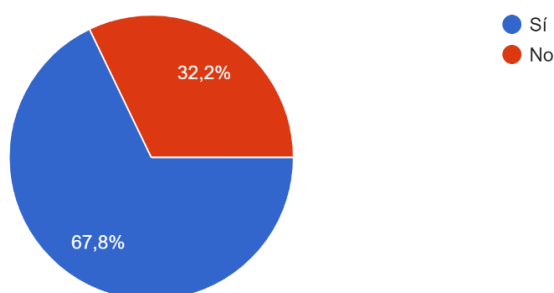
Gráfico 3.8. Sector de salud del ginecólogo/a de referencia



Fuente: Plataforma Google Forms.

El 71,4 % de las participantes señalan contar con un/a ginecólogo/a de referencia, mientras el 28,6 % afirma no contar con uno. La mayor parte de estos/as médicos/as (84,4 %) pertenecen al sector de salud privado. De estos, el 58,8 % pertenece a la consulta particular, seguido de quienes atienden por medio del seguro privado (23,1 %), para terminar con quienes lo hacen a través de las fundaciones que corresponde al 2,5 %. Solamente el 15,5 % de las participantes acude a servicios ginecológicos en el sector público. El 9,5 % lo hace a través del IESS, mientras el 6 % por medio del MSP. Este resultado también da cuenta del sesgo socioeconómico de la presente investigación, a más de la precarización e ineptitud de los servicios de salud pública del Ecuador. Esta preferencia hacia la consulta particular en cuanto a los servicios ginecológicos dice mucho sobre la deficiente atención que se brinda en el sector público e, incluso, en otras instituciones del mismo sector privado como el seguro privado y las fundaciones.

Gráfico 3.9. Diferencias en cuanto a la atención según el tipo de instalación o establecimiento de salud



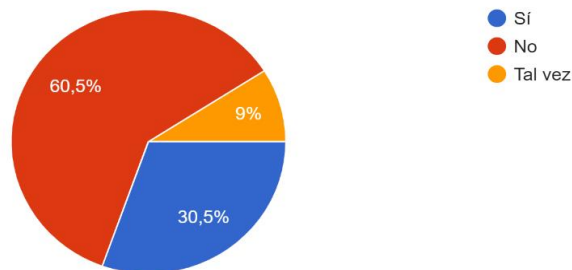
Fuente: Plataforma Google Forms.

El 95,9 % de las participantes contestó a esta pregunta. De estas mujeres, el 67,8 % considera que existen grandes diferencias en cuanto a la atención según el tipo de establecimiento al que se acuda, mientras que el 32,2 % considera que o bien no existen diferencias o bien estas no son grandes. Cabe señalar que las diferencias que estas mujeres encuentran en cuanto a la atención no se debe tanto al tipo de instalación, sino al sector de salud al que pertenecen estas instalaciones. Según las primeras, los establecimientos de salud del sector privado ofrecen una mejor atención, especialmente, en la consulta particular, pues señalan que: la atención es más personalizada; existe mayor acceso a la información (escucha activa y respuestas claras por parte de los/las profesionales); el trato es más empático, amable y respetuoso (trato humanizado), existe mayor puntualidad, orden y agilidad de los procesos; mayor innovación de instalaciones y equipos; e incluso una mayor limpieza. Sin embargo, hay quienes hacen referencia también a los costos elevados de la salud en el sector privado. Por el contrario, en el sector público la atención no es de calidad porque es impersonal; el trato es irrespetuoso e inhumano; no hay acceso a la información de manera clara y oportuna; no hay puntualidad y respeto para el tiempo de las pacientes; no hay agilidad en cuanto a los procesos y el sistema de citas (frecuencia entre consultas); las instalaciones son obsoletas y la indumentaria es escasa; a más de la falta de aseo de las instalaciones.

De las participantes que afirman que existe grandes diferencias de atención según el establecimiento, el 7,1 % refiere a las mujeres con estudios secundarios. Esto parecería que no es un resultado importante. Sin embargo, no hay que olvidar la poca representatividad que tienen las mujeres con este nivel educativo en el presente estudio. Por ello, analizando las percepciones entre este grupo de mujeres, se ha encontrado que el 58,1 % de ellas (es decir, más de la mitad) señala que sí existen grandes diferencias según el tipo de instalación al que

se acuda. El 3,2 % de este grupo no ha podido hacer esta comparación porque no acudido nunca a un establecimiento de salud del sector privado. El análisis entre este grupo de mujeres da cuenta del déficit del sector público en cuanto a la atención tanto profesional, como humana.

Gráfico 3.10. Mala experiencia en consulta ginecológica



Fuente: Plataforma Google Forms.

El 60,5 % de las participantes señala que no ha tenido una mala experiencia durante una consulta ginecológica, mientras que el 30,5 % asegura que sí. De las participantes que afirman haber sufrido malas experiencias durante los servicios ginecológicos, el 92,6 % cuenta con estudios superiores, el 50,6 % se ha hecho atender en el sector público y el 49,4 % en el sector privado. De las mujeres que asisten a establecimientos de salud del sector público, el 46,06 % afirma haber tenido malas experiencias. Y de las mujeres que acuden a servicios ginecológicos en el sector privado, el 23,7 % asegura lo mismo. Si bien, existe un mayor maltrato en el sector público, la violencia ginecológica refiere a un problema generalizado en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ecuatoriano.

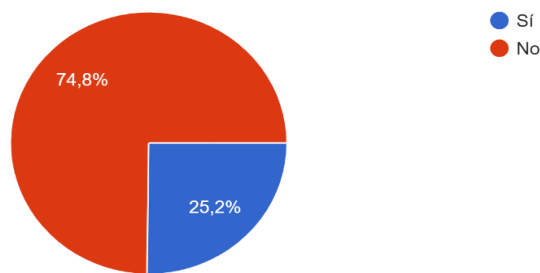
Entre las malas experiencias que las participantes mencionaron están: escasa comunicación médico-paciente (falta de información), comentarios fuera de lugar, comportamientos fuera de lugar, juicios de valor, falta de empatía y amabilidad, maltrato verbal, maltrato físico (durante intervenciones médicas), acoso sexual, abuso sexual (tacto inapropiado), procedimientos innecesarios, irrespeto a la privacidad e intimidad (exposición frente a un grupo de personas), infantilización, invisibilización, malos diagnósticos y/o negligencia médica, desconsideración en cuanto al tiempo, y cosificación del cuerpo.

El 9 % de las participantes no están seguras de haber tenido una mala experiencia ginecológica, lo que puede significar que sí pasaron por una (o algunas) experiencia de violencia, pero al estar tan invisibilizada en el área médica se tiende a normalizarla e, incluso,

a justificarla. Si bien esta normalización y justificación de la violencia ginecobstétrica tiene que ver con la falta de educación (ya que el 74,2 % de las participantes con estudios secundarios asegura no haberlos sufrido), en realidad, el problema asienta sus raíces en el sistema de creencias y valores propios del sistema patriarcal, arraigados en todas/os las/os que lo conforman (ya que el 55 % de las participantes con cuarto nivel educativo también niegan haberlo vivido).

Por tanto, la violencia ginecológica se da en todos los sectores socioeconómicos del país, pues más que un problema de clases (que sí es) se trata de un problema de género.

Gráfico 3.11. Juicios de valor en consulta ginecológica



Fuente: Plataforma Google Forms.

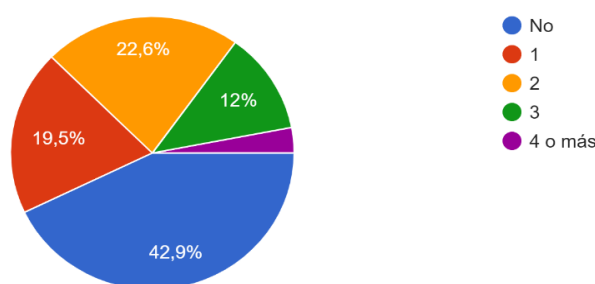
El 74,8 % de las mujeres participantes afirma no haberse sentido juzgada durante una consulta ginecológica, mientras el 25,2 % señala que sí. Los aspectos en los que estas últimas se sintieron juzgadas refieren a: actividad sexual (47 %), estilo de vida (34,2 %), clase económica (12 %), orientación sexual (6,8 %), aspecto físico (2,7 %), embarazo (2,7 %), preferencia en cuanto a la posición de parto (2,7 %), aborto (1,7 %), pertenencia étnica (1,7 %), país extranjero (1,7 %) y edad (0,9 %).

Por otra parte durante los servicios ginecológicos los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 14,3 % señala haber recibido comentarios de índole sexual. El 13,9 % afirma haber recibido comentarios impertinentes con respecto a su físico. El 18,8 % asegura haberse sentido infantilizada o invisibilizada en algún momento. El 11,3 % señala que se le han realizado tactos inapropiados y/o reiterados, mientras que el 0,4 % no está segura de ello. El 12,4 % afirma haber sido lastimada físicamente durante intervenciones ginecológicas. El 8,6 % señala que se le han realizado exámenes ginecológicos sin previo aviso y/o sin explicarle la función de los mismos; el 0,4 % no está seguro de ello. El 33,5 % señala que no se ha tenido

en cuenta su voluntad al momento de decidir qué examen o qué tratamiento realizar; el 0,8 % no está seguro de esto. El 2,6 % asegura haber recibido alguna vez algún tipo de amenaza o chantaje por parte del personal de salud. El 2,3 % señala haber sufrido violencia sexual por algún miembro del personal durante los servicios ginecológicos. En general, la mayoría de participantes (85,4 %) señala no haber sido víctima de algún tipo de violencia o maltrato durante los servicios ginecológicos, lo que si bien puede deberse al sesgo socioeconómico propio de la investigación, se trata más bien de una normalización y justificación de la violencia durante los servicios de ginecología y obstetricia.

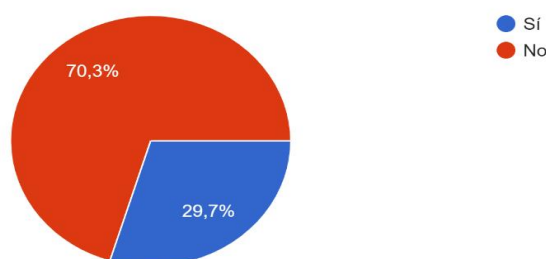
Gráfico 3.12. Número de embarazos



Fuente: Plataforma Google Forms.

El 42,9 % de las mujeres participantes afirma no haber tenido ningún embarazo hasta el momento de la encuesta, mientras que el 57,1 % sí ha tenido experiencias de embarazo. De estas últimas el 22,6 % señala haber tenido 2 embarazos; el 19,5 %, 1 embarazo; el 12 %, 3 embarazos y el 3 %, 4 o más embarazos. El 6,8 % de las participantes afirma que se le ha negado, alguna vez, información con respecto a anticonceptivos.

Gráfico 3.13. Aborto



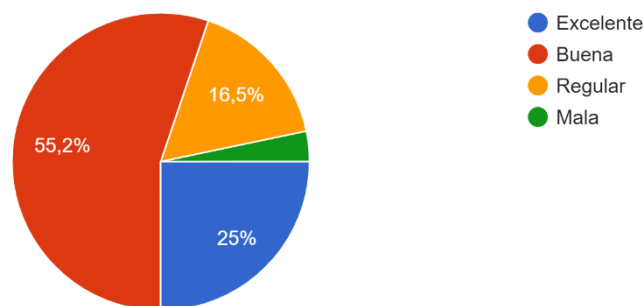
Fuente: Plataforma Google Forms.

El 29,7 % señala haber tenido una experiencia de aborto (espontánea o inducida). El 87,3 % de estas mujeres señala haber buscado ayuda ginecológica y/u obstétrica. En un 81,2 %

afirman haber recibido un trato respetuoso y profesional durante esta emergencia. Con base en lo dicho por las mujeres (62 %) que decidieron contar explícita, pero detalladamente su caso particular, se obtuvo que el 67,3 % se trató de un aborto espontáneo o terapéutico, mientras que el 32,7 % se trató de un aborto provocado. Se pudo observar que el tipo de aborto está estrechamente relacionado con el trato brindado por los profesionales de la salud, pues, según lo dicho por las pacientes (y las cifras demostradas), cuando el aborto se da de manera espontánea, el trato recibido durante los servicios ginecobstétricos es bastante profesional y respetuoso, tanto que se preocupan por escuchar y responder las preguntas de las pacientes, así como por brindarles un trato humanizado y empático; mientras que cuando el aborto es provocado el trato de los profesionales es poco profesional e irrespetuoso, cargado de juicios de valor y moralismos.

3.1.1.1.3. Servicios obstétricos

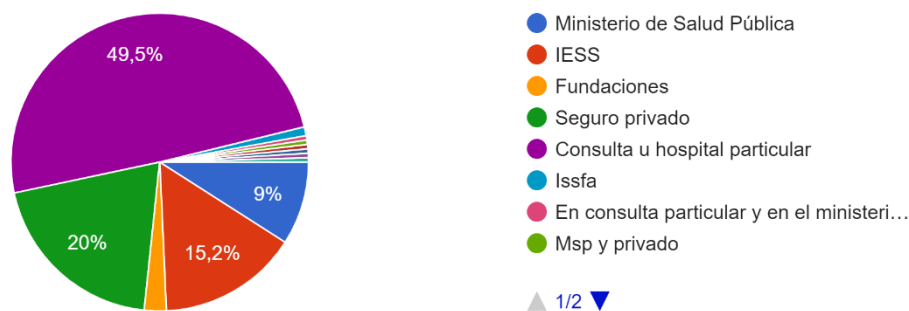
Gráfico 3.14. Experiencia en el área obstétrica



Fuente: Plataforma Google Forms.

Solamente 79,7 % de las participantes respondieron esta pregunta, ya que son quienes han tenido experiencia en el área de obstetricia, llevando a término por lo menos un embarazo. La mayoría de estas mujeres (55,2 %) considera que su experiencia en el área obstétrica ha sido buena. El 25 % considera haber tenido una experiencia excelente, el 16,5 % una experiencia regular y solo el 3,3 % una mala experiencia. Es decir, para el 80 % de las participantes la experiencia en el área obstétrica ha sido positiva, mientras que para el 19,8 % ha sido una experiencia negativa.

Gráfico 3.15. Tipo de instalación médica



Fuente: Plataforma Google Forms.

El 78,9 % de las participantes respondió a esta pregunta, es decir, menos el 0,8 % de quienes afirmaron haber tenido una experiencia en el área obstétrica. La mayoría de las participantes (73,4 %) han asistido a establecimientos del sector privado para acceder a servicios obstétricos, mientras que solamente el 26,6 % ha asistido a establecimientos del sector público. Sin embargo, de los establecimientos del sector de salud privado, la mayoría de participantes (49,5 %) señala que prefiere la consulta u hospital privado, seguido de quienes acuden al seguro privado (20 %). Dentro del sector público, las mujeres prefieren el seguro social (IESS) antes que los servicios brindados por el MSP.

Con respecto a la experiencia en la etapa de embarazo, solamente el 78,8 % de quienes han tenido experiencia en el área obstétrica respondió. De estas mujeres, el 74,9 % señala haber recibido la información necesaria sobre el proceso de gestación de manera clara y precisa, mientras que el 25,1 % señala no haber contado con información oportuna y comprensible.

Solamente entre el 70-73 % de las participantes con experiencia obstétrica respondieron a las preguntas referentes a la labor de parto y al parto. El 66,2 % de las participantes señalan que sí se sintieron seguras y acompañadas durante la labor de parto y el parto, mientras que el 32,5 % señala que no; y el 1,3 % no está segura sobre esta particularidad. El 64,9 % afirma haberse sentido escuchada en cuanto a sus deseos y opiniones, así como con la confianza de poder preguntar o solventar cualquier duda; mientras que el 35,1 % no lo considera así. El 68,9 % asegura que sí se le permitió moverse libremente, mientras que el 31,1 % considera que no. El 59,1 % de las participantes señala que sí se le permitió estar acompañada por al menos una persona de su elección, mientras que el 40,90 % asegura que no. En este caso, se puede observar que es casi la mitad de mujeres a las que no se les permite estar acompañadas durante el parto y la labor de parto.

El 29 % asegura que sí se le dejó escoger la posición de parto, mientras que el 70,5 % afirma que no. El 30,7 % de estas mujeres sabía que se podía escoger la posición de parto, mientras que el 69,3 % no. Es decir, casi todas las participantes que pudieron escoger la posición de parto (95,7 %) fue porque sabían que podían hacerlo. El 27,5 % asegura haberse sentido maltratada física o emocionalmente durante el parto o la labor de parto, mientras que el 71,9 % señala que no; y el 0,7 % no está segura al respecto. El 17 % afirma haberse sentido humillada de alguna forma por parte del personal de salud, mientras el 82,4 % afirma que no; y el 0,7 % no está segura al respecto. El 9,8 % señala que hubo insultos y maltratos verbales durante la labor de parto y el parto, mientras que el 90,2 % asegura que no los vivió. El 8,5 % señala que se le hicieron comentarios con respecto a su vida sexual, mientras que el 91,5 % asegura que no. El 10,5 % asegura que recibió amenazas por parte del personal de salud, mientras el 89,5 % señala que no. El 23,5 % afirma haberse sentido invisibilizada, como si no tomaran en cuenta su opinión; mientras que el 75,8 % asegura que no se sintió de esa manera; y el 0,7 % no está segura al respecto. El 65,6 % señala que el personal de salud respetó su intimidad en todo momento, mientras el 33,1 % afirma haberse sentido vulnerada con respecto a su privacidad; el 1,3 % no está segura al respecto. El 19,7 % señala que su cuerpo y genitales fueron más expuestos de lo necesario, mientras que el 80,3 % no lo considera así. El 27,5 % considera que los tactos vaginales le fueron realizados de manera repetitiva y por más de una persona, mientras que el 71,1 % no lo ve de esa forma; y el 1,3 % no está segura al respecto.

Las preguntas relacionadas con el puerperio o posparto fueron respondidas por el 70-73 % de las participantes con experiencia en el área obstétrica. El 65 % de estas mujeres señala que sí se le permitió vivir una experiencia de apego precoz con su bebé (cuando no hubo complicaciones médicas que lo impidan) inmediatamente después del parto, mientras que el 35 % señala que no pudo gozar de esta experiencia a pesar de no haberse presentado complicaciones que se lo impidan. El 64,5 % asegura que el personal de salud sí le facilitó u ofreció ayuda para poder dar de lactar, mientras que el 35,5 % señala que no gozó de este servicio.

3.1.1.1.4. Intervenciones médicas generales

Con respecto a las preguntas relacionadas con las intervenciones médicas, cabe señalar que fueron respondidas por el 70-73 % de las participantes con experiencias obstétricas. El 77,4 % afirma que se le explicó la razón y el procedimiento de cada intervención, mientras que el 21,4 % asegura que no y el 1,2 % tiene dudas al respecto. El 59,8 % asegura que el personal

de salud le preguntó antes de intervenir de una u otra manera, mientras que el 39,6 % asegura que no, y el 0,6 % señala no estar segura al respecto. El 15,3 % señala que, en cierta medida, el personal de salud pudo haberle influenciado o forzado mediante amenazas o amedrentamientos para que acceda a ciertas intervenciones. El 84 % no considera haber sido influenciado de ninguna forma y el 0,6 % no está segura sobre esto. El 10,6 % de las participantes afirman que el personal de salud adoptó medidas (como atadura de manos y/o pies) para impedir el movimiento durante el parto, mientras que el 89,4 % señalan que pudieron moverse libremente en todo momento. El 39,1 % de las participantes afirman que se le realizó una episiotomía (corte en el perineo), mientras que el 60,3 % asegura que no y el 0,6 % no está segura al respecto. El 53,5 % afirma que se les realizó un enema y que fueron rasuradas, el 45,3 % señala que no les sucedió y el 1,3 % no está segura al respecto. El 23,3 % de las participantes asegura que le realizaron maniobras que consideraron innecesarias como la Maniobra de Kristeller (compresión de abdomen), mientras que el 76,1 % considera que todas las intervenciones realizadas fueron necesarias y el 0,6 % no está segura al respecto. El 40,9 % de estas mujeres señaló que sí recibió explicaciones en cuanto al por qué de las medidas que tomaban, mientras que el 58,4 % asegura que no recibió ninguna clase de explicación al respecto y el 0,7 % no está segura sobre esto. El 71,3 % de las participantes afirmó que se le pidió el consentimiento antes de realizar cualquier intervención, mientras que el 28 % asegura que intervinieron sin consentimiento alguno. El 0,6 % no está segura al respecto. Finalmente, el 98,1 % de las participantes asegura que no se le puso un método anticonceptivo sin su consentimiento, ni se recurrió a la esterilización forzada. El 1,9 % asegura que sí le pasó.

3.1.2. Entrevistas

La entrevista semiestructurada fue esbozada por la investigadora, basándose en la encuesta mencionada, por lo que su esquema constó con preguntas muy similares. Al tratarse de una técnica profunda, se reformularon las preguntas de la encuesta con el fin de dejarlas en un formato abierto y así tener la posibilidad de obtener respuestas más profundas y detalladas. Debido a esta apertura, surgieron nuevas variables no previstas en la estructura de la entrevista. Además de reformular las preguntas ya propuestas en la encuesta, se aumentaron 2 preguntas al final de la entrevista: ¿conoces de qué se trata la violencia ginecobstétrica?, ¿consideras que fuiste víctima de esta?, con el fin de ampliar y profundizar la investigación con respecto a la violencia ginecobstétrica. Las entrevistas fueron realizadas a 3 mujeres durante la primera semana del mes de febrero del año 2022. Fueron aplicadas de manera

virtual, a través de la plataforma zoom, en un único encuentro de 1 hora (60 minutos) aproximadamente con cada participante.

Las mujeres entrevistadas, a quienes me referiré desde ahora en adelante como Corina, Thelma y Fiorella, fueron escogidas de entre un número de mujeres que se ofrecieron a participar voluntariamente de la misma –a partir de un comunicado socializado por Facebook– para exponer sus testimonios y dar a conocer de manera más profunda sus experiencias con respecto a los servicios ginecológicos y/u obstétricos ofrecidos por establecimientos de salud públicos y/o privados de la ciudad de Quito. Las 3 mujeres se encuentran en el rango de edad de 30-40 años, se autodefinen como mestizas, se reconocen heterosexuales y cuentan con un cuarto nivel educativo. Durante la entrevista, ninguna de las 3 se dejó ver físicamente, manteniendo su cámara apagada. Y 2 de las 3 mujeres acudió a la misma en compañía de su hijo/a recién nacido/a.

La información obtenida mediante estas entrevistas se procesó mediante un cuadro comparativo (Tabla 3.1.) elaborado por la investigadora con la finalidad de organizar y sistematizar los resultados de la misma. Este cuadro fue dividido en 4 secciones (las mismas que la encuesta) y estructurado con base en las categorías de las preguntas de la entrevista, así como en algunas otras categorías adicionales expuestas por las participantes a través de la misma. Una de estas nuevas categorías refiere a las *parteras y/o doulas*, por la percepción de importancia en cuanto a su presencia en el proceso de gestación de todas las entrevistadas.

Tabla 3.1. Testimonios de las participantes entrevistadas

Pregunta	Testimonios		
	Corina	Thelma	Fiorella
Datos generales			
Edad	32 años	35 años	35 años
Orientación sexual	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
Actividad sexual	Sexualmente activa	Sexualmente activa	Sexualmente activa
Identificación étnica	Mestiza	Mestiza	Mestiza
Nivel educativo	Cuarto nivel	Cuarto Nivel	Cuarto Nivel
Servicios ginecológicos			
Tipos de instalación para revisión ginecológica	IESS Fundaciones	Consulta privada Fundaciones Centros de Salud (MSP)	Consulta privada MSP
Ginecólogo/a de referencia	No. (Pero conoce a una ginecóloga donde asistiría si necesitara).	No. (Pero conoce a una ginecóloga donde asistiría si necesitara).	Sí. Cuenta con su ginecólogo de referencia desde hace más de 15 años.

Sector de salud del ginecólogo/a de referencia	Particular.	Particular.	Particular.
Diferencias de atención entre el sector público y privado	<p>Sí.</p> <p>Considera que el sector privado tiene una mejor atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención personalizada - Trato humanizado - Información clara y oportuna - Agilidad de procesos - Menor tiempo de espera - Instalaciones renovadas - Mayor limpieza 	<p>No.</p> <p>Considera que la atención y el trato es igual (o que no depende de si es público o privado). La única diferencia que encuentra es que en el uno se paga y el otro es gratuito.</p>	<p>Sí.</p> <p>Considera que el sector privado tiene una mejor atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención personalizada - Agilidad de procesos - Menor tiempo de espera
Mala experiencia en consulta ginecológica	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negligencia médica (mala colocación de anticonceptivo) - Tiempo de espera excesivo - Trato brusco - Intervenciones médicas agresivas 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trato brusco - Comentarios impertinentes - Información escasa y poco clara 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negligencia médica (mala colocación de anticonceptivo) - Intervenciones médicas agresivas - Trato brusco - Información escasa y poco clara
Juzgada por el/la ginecólogo/a	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto inducido 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia (tiempo de duración) 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad sexual - Aborto inducido - Edad - Aspecto físico
Comentarios de índole sexual	No.	No.	No.
Comentarios impertinentes sobre aspecto físico	No.	No.	<p>Tal vez.</p> <p>Lo define como un llamado de atención a cuidar la salud (comer sano).</p>
Infantilizada o invisibilizada por el personal de salud	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cosificación del cuerpo - Dominación masculina - Hegemonía de la medicina sobre el cuerpo femenino 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anulación de su presencia (comunicación con el padre y no con ella). 	<p>Sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hegemonía de la medicina sobre el cuerpo femenino - Anulación de su presencia y voluntad (comunicación con la madre)

Mayor nivel educativo, mejor trato	Sí. - Trato horizontal - Mayor respeto - Posibilidad de preguntar y refutar	Sí. - Posibilidad de preguntar y refutar - Posibilidad de denunciar	Sí. - Trato horizontal - Mayor respeto
Tactos inapropiados o reiterados	No.	No.	Tal vez. Señala que más que inapropiados son agresivos y molestos. Los considera anticuados.
Heridas físicas	Sí. Durante el examen de Papanicolau.	No.	Sí. Durante el examen de Papanicolau.
Exámenes ginecológicos sin previo aviso y sin explicación	No.	No.	No.
Consideración de voluntad al momento de decidir algún examen o tratamiento	Sí.	Sí.	Tal vez. No han pedido su opinión, ni aprobación, pero le han explicado de qué se trata el tratamiento. Hegemonía médica.
Amenaza o chantaje por parte del personal de salud	No.	No.	No.
Abuso sexual por parte del personal de salud	No.	No.	No.
Número de embarazos	3 embarazos	2 embarazos	3 embarazos
Negación de información con respecto a métodos anticonceptivos	No.	No. Porque ha ido decidida sobre el método que desea.	No. En el MSP le dieron información, aunque no fue clara y suficiente.
Experiencia de aborto	Sí. Segundo embarazo (24 años de edad) Aborto inducido	Sí. Primer embarazo (34 años de edad) Aborto terapéutico	Sí. Segundo embarazo (24 años de edad) Aborto inducido
Ayuda ginecológica durante la experiencia de aborto	No. Después: por infección.	Sí. Durante: petición de legrado.	No. Después: posible infección, síntomas de embarazo.

Ayuda externa (no médica)	Sí. Accedió a un movimiento de mujeres y/o feminista.	No. Tuvo la intención de hacerlo.	Sí. Accedió a un movimiento de mujeres y/o feminista.
Trato respetuoso y profesional durante la ayuda médica por aborto	No. - Juzgamiento moralista - Biopolítica del cuerpo femenino	Tal vez. Considera que fue respetuoso y empático por un lado, pero poco profesional. - Trato empático - Acompañamiento emocional - Poco escuchada - Imposición de creencias (naturistas) - Hegemonía médica	Tal vez. Considera que el médico hizo su trabajo profesional, pero realizó comentarios moralistas. -Juzgamiento moralista
Servicios osbtétricos			
Experiencia en el área obstétrica	Regular. -Acceso limitado a exámenes o ecografías - Información poco clara y precisa - No hay un trato personalizado - Concepción del parto como patología	Terrible. - Falta de actualización profesional - Falta de empatía - Excesiva medicalización	Buena. Aunque considera que han sido dos contextos diferentes en cada parto, por su edad y nivel de madurez emocional. -Tactos agresivos - Imposición de posición de parto
Información necesaria sobre el proceso de gestación	No. -Información escasa y poco comprensible.	Sí y No. Sí (MSP). No (sector privado).	Sí y No. -Primer parto: comunicación con la madre -Segundo parto: sí recibió información
Experiencia de parto	Bonita, alegre, emotiva. Partos en casa.	Traumática. Parto en hospital del MSP -Hospital General Docente de Calderón.	Bonita. Partos en clínicas privadas: - Clínica privada - Clínica de la Mujer
Parteras/ Doulas	Sí. Partera. - Parto humanizado -Trato amoroso y respetuoso - Respeto por los ritmos del cuerpo	Sí. Doula. -Acompañamiento psicoemocional -Acompañamiento espiritual - Contención emocional	Sí. Partera. -Medicina ancestral -Educación perinatal -Educación lactancia -Atención prenatal y postnatal.

	- Trato personalizado -Concepción del parto como un proceso natural - Contención psicoemocional	-Educación perinatal -Promoción lactancia -Atención prenatal y postnatal.	
Durante la labor de parto y el parto			
Segura y acompañada	Sí. -Parto respetado y humanizado	No. -Parto no respetado -Concepción de la mujer como encubadora -Bienestar del bebé por encima de la madre	Sí. Aunque señala: -Bienestar del bebé por encima de la madre
Sensación de ser escuchada	Sí. -Parto respetado -Respeto a los ritmos naturales del cuerpo.	No. -Hegemonía médica -Biopolítica del cuerpo femenino -Cosificación del cuerpo (encubadoras)	No. -Hegemonía médica -Biopolítica del cuerpo femenino
Libre movimiento	Sí. Todo el tiempo. Durante los dos partos.	Sí.	No. -Imposición de posición decubito supino (boca arriba).
Acompañamiento por al menos de una persona de su elección	Sí. En ambos partos. Papá, esposo, cuñada, partera.	Sí. Por la pareja. *Pero en el puerperio ya no.	Sí. Primer parto: mamá Segundo parto: esposo
Elección de posición de parto	Sí. Primer parto: sentada Segundo parto: parada	No. (Cesárea)	No. Primer parto: acostada Segundo parto: cesárea
Concepción del parto como algo instintivo	Sí. -Parto instintivo	Sí. -Cuerpo sabio	Sí. -Cuerpo sabio
Conocimiento sobre la posibilidad de escoger la posición de parto	Sí. -Autoeducación. -Información a través de amigas, conocidas, grupos y movimientos de mujeres y/o feministas.	Sí. -Autoeducación. -Protocolos MSP.	No.
Matrato físico o emocional	No.	Sí. No prestaban atención a sus necesidades. Omisión de cuidados.	No.
Humillaciones	No.	Sí.	No.

		Al dejarle sola como forma de castigo y no tomar importancia sobre su dolor.	
Maltratos verbales	No.	No.	No.
Comentarios sobre su vida sexual	No.	No.	No.
Algún tipo de amenaza	No.	Tal vez. Amedrentar en cuanto al bienestar del bebé si se le pone analgésicos.	No. Aunque señala que la atemorizaron en cuanto al bienestar del bebé si se le pone analgésicos.
Invisibilizada	No. -Papel activo en todo el proceso.	Sí.	Sí. En el primero, sobre todo, por su edad.
Respeto a la intimidad	Sí.	(Silencio).	(Silencio). Tal vez. Incomodidad por el rasuramiento.
Cuerpo y genitales más expuestos de lo necesario	No.	No.	No.
Tactos vaginales realizados reiterados	No.	No.	No.
Intervenciones médicas			
Explicación de la razón y el procedimiento de cada intervención	Incompleta.	No.	Totalmente.
Consentimiento para intervenir	No. Solo le daban instrucciones.	No. Solo intervenían.	No. Se lo pedían al esposo.
Sugestión (mediante amenazas o amedrentamiento) para acceder a ciertas intervenciones	Sí. Intimidación mediante situaciones hipotéticas catastróficas para inducir a decisiones.	No.	Sí. Pero cree que tienen razón al hacerlo por falta de colaboración de la paciente.
Medidas para impedir movimiento durante el parto	No.	No.	Sí. Atadura de manos. No está segura con respecto a los pies.
Episiotomía	No. Las parteras solo lo hacen cuando es	No. Cesárea.	No. En ninguno de los dos partos.

	estrictamente necesario.		
Enema y rasuración	No. Las parteras nunca lo hacen porque no es necesario, ni natural.	No.	Sí y No. Primer parto: ninguna Segundo parto: rasuración, por motivos higiénicos.
Maniobra innecesaria (maniobra de Kristeller)	No. El parto en casa es totalmente respetado.	No.	No. En ningún parto han topado su vientre. Solo le han pedido pujar.
Explicación del por qué de estas medidas	Sí.	No.	Sí.
Anticonceptivo o esterilización forzada después del parto	No.	No. Pero sí preguntaron y presionaron para ello (mediante amedrentamiento).	No. Pero en el segundo parto sí preguntaron y presionaron para ello (mediante amedrentamiento).
Experiencia de apego precoz con su bebé inmediatamente después del parto	Sí. En ambos partos. Espera del proceso natural del cuerpo para retirar la placenta y cortar el cordón umbilical.	Sí. Se llevaron a la bebé casi de inmediato por posibles problemas médicos.	Sí. En ambos partos le pasaron a sus hijos de manera inmediata.
Ofrecimiento de ayuda para la lactancia	Sí. En ambos. En el segundo parto ella ya sabía cómo dar de lactar.	Más o menos. Le enseñaron un par de cosas sobre la lactancia, pero se sintió juzgada.	Sí. También le dieron fórmula.
Conocimiento violencia ginecobstétrica	Sí.	Sí.	Sí.
Percepción como víctima de violencia ginecobstétrica	No. Porque sus partos fueron en casa. Pero cree que (como todas) ha sido víctima en repetidas ocasiones de violencia ginecológica.	Sí.	No. A pesar de haber situaciones incómodas, no lo catalogaría como violencia.

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

La información procesada y sistematizada en el cuadro anterior será analizada mediante la técnica de análisis de contenido cualitativa, con el fin de dar cuenta las similitudes y diferencias en cuanto a las percepciones que tienen las mujeres entrevistadas acerca de los servicios ginecológicos y obstétricos ofrecidos por los establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito. Corina, Thelma y Fiorella han mostrado la percepción que tienen sobre estos servicios a través de la narrativa de sus experiencias como usuarias de los mismos en los distintos establecimientos de salud de la mencionada ciudad. Cabe señalar que, mediante esta narrativa, estas mujeres han compartido también sus creencias y sentires durante las diferentes etapas de gestación: embarazo, parto y puerperio.

Con respecto a los datos demográficos, como ya se mencionó, se trata de un grupo homogéneo, pues todas las entrevistadas son mujeres ecuatorianas, mestizas, radicadas en la ciudad de Quito, de entre 30-35 años de edad, heterosexuales, sexualmente activas y con un cuarto nivel educativo. Si bien, esta homogeneidad demográfica les ha permitido vivir experiencias similares, se ha podido observar también marcadas diferencias en cuanto a la percepción sobre los servicios ginecobstétricos, así como en cuanto a sus sentires con respecto al embarazo, parto y puerperio.

3.1.2.1. Servicios ginecológicos

Corina, Thelma y Fiorella señalan haber asistido a establecimientos de salud tanto públicos, como privados en la ciudad de Quito para revisión ginecológica. Corina y Fiorella afirman notar grandes diferencias en cuanto a la atención, el trato y las instalaciones de estos establecimientos, considerando mejores los servicios de salud otorgados por el sector privado; mientras que para Thelma la diferencia entre estos establecimientos recae en una supuesta disponibilidad del médico oculta en una intención económica:

La diferencia, entre comillas, es que en el sector privado están disponibles para ti, pero no lo usan de manera positiva. O sea, están disponibles porque yo te escribo, pero en lugar de darte calma o darte así como soluciones, lo que hacen es que vuelvas a ir y que te hagan un eco o lo que sea y te cobren 120 dólares. Cosa que, en el sector público, hubiera ido igual (o sea, en lugar de llamar), hubiera ido, me hubieran hecho lo mismo y no te cobran (risas) (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Corina y Fiorella concuerdan en que, si bien la atención es mejor en los establecimientos de salud del sector privado, el trato fluctúa en cuanto a la inversión económica que se realice, pues no es lo mismo hacerse tratar en un hospital o clínica particular que en una fundación, ya que a pesar de que todos estos establecimientos pertenecen al sector privado, en las

fundaciones el trato sigue siendo poco humanizado. Para Corina la única razón por la que en el sector privado el trato es más cálido y la atención es más personalizada, se debe a la mercantilización de la salud:

Creo que solo hay una respuesta y es la mercantilización de la salud. Entre (...) la salud esté más mercantilizada, entre que exista un pago mayor de la salud, pues tienes un mejor trato.

Estás siendo tratado como un cliente (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Es decir, mientras se haga una mayor inversión económica, se recibirá una mejor atención y un mejor trato (y viceversa). A esto Fiorella le llama categorías o niveles de atención, refiriéndose no al nivel de equipamiento, servicios y especialidades que un establecimiento tenga, sino al costo de los servicios ofrecidos por el mismo: “en el sector privado hay niveles, o sea, hay categorías (...) cuando di a luz a mi hija sí fue una clínica, pero no fue una clínica tan cara como esta vez. Y eso sí repercute bastante” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

A pesar de esto, ambas prefieren acudir a establecimientos particulares, pues consideran que la atención es más personalizada, el trato es más humanizado, la información es más clara, los procesos son más ágiles, las instalaciones son más acogedoras y el espacio es más limpio. Y aunque no todas concuerdan en que haya grandes diferencias entre un tipo de establecimiento u otro, todas cuentan con un médico de confianza en la consulta particular. Si bien, solamente Fiorella cuenta con un/a ginecólogo/a de referencia, Corina y Thelma señalan que si tuvieran que hacerse una revisión ginecológica, acudirían con profesionales conocidos que atienden en consulta particular, pues es en este tipo de establecimientos donde menos malas experiencias se han llevado.

Esta preferencia por la consulta particular dentro del sector privado dice mucho del déficit en cuanto a los servicios del sistema de salud en general, pues apesar de considerarlo mejor en cuanto a atención, trato e instalaciones, ninguna de las entrevistadas menciona a los seguros privados como opción, debido a los obstáculos que presentan los mismos como parte de su negocio. Con respecto a esto, Fiorella señala: “En ninguno de los dos fue seguro privado porque, como tú sabes, la cuestión del seguro, a veces, te dan cláusulas y te dice: ‘Ok, le cubrimos enfermedad y todo, pero el embarazo no es enfermedad’” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). De igual manera, no toman en cuenta las fundaciones debido a las malas experiencias que han tenido en ellas.

Las 3 señalan haber tenido malas experiencias en consulta ginecológica. A pesar de que cada una tiene su propia percepción sobre la calidad de los servicios de ginecología, todas coinciden en que alguna vez han recibido un trato brusco y poco humanizado por parte del personal de salud que les ha hecho sentir incómodas. Estos tipos de malos tratos corresponden a manifestaciones de violencia ginecológica. La violencia ginecológica refiere a todo tipo de maltrato o negligencia ocurrida durante los servicios ginecológicos, ejercida por parte del personal de salud (García 2018) y también diría que por el personal administrativo.

Esta violencia está compuesta, a su vez, por otros tipos de violencia que llevan sus propias manifestaciones, entre estas: violencia física (agresiones directas, intervenciones bruscas, negligencia médica), violencia verbal (gritos, insultos, malos tratos), violencia psicológica (humillaciones, burlas, comentarios impertinentes), violencia sexual (acoso sexual, abuso sexual, violaciones), violencia simbólica (invisibilización, infantilización), violencia institucional (cosificación de los cuerpos, decisiones hegemónicas médicas o masculinas, malos tratos administrativos, tiempo de espera excesivo, falta de agilidad de procesos, etc.) y estructural (biopolítica del cuerpo femenino, falta de políticas públicas en cuanto a salud sexual y reproductiva, falta de protocolos nacionales, etc.) (Vallana 2019). Corina, Thelma y Fiorella concuerdan haber vivenciado, de una u otra manera, algún acto violento o negligente durante los servicios ginecológicos en establecimientos de salud públicos y privados.

Con respecto a las manifestaciones de violencia física durante consulta ginecológica, Corina y Fiorella señalan haber sido víctimas de intervenciones médicas bruscas que las han lastimado. En ambos casos se trató de intervenciones realizadas durante el examen de Papanicolau: “mala experiencia podría ser cuando (...) fui a hacerme el Papanicolau. Yo lo sentí súper agresivo. Bueno, ya de por sí, tú sabes que es un examen sumamente incómodo, pero en el sector público lo siento totalmente incómodo” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Corina señala que una de las razones por las que ocurren estas lastimaduras físicas es debido a la tensión que las mujeres sienten a nivel corporal cuando no existe un mínimo de confianza con la/el ginecóloga/o que te está realizando el examen:

También me sentí lastimada físicamente. Obvio, porque uno no está relajado. Entonces, también estás como, tú cuerpo también está tenso. Y lo que ellos hacen es decirte que te debes relajar, pero tampoco hay una consideración de darte el tiempo o el espacio o, incluso, la confianza porque hay una intervención emmm vaginal (risas) en eso, ¿me entiendes? Es una cuestión hasta íntima. Entonces, tampoco hay una mera confianza como para realizar esto (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones físicas de violencia refiere a la negligencia médica, de la cual Fiorella y Corina afirman haber sido víctimas. En ambos casos se trató de una mala colocación de un implante anticonceptivo. Corina señala haber acudido a una fundación especializada en temas de salud sexual y reproductiva denominada Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar – CEMOPLAF, para ponerse una T de cobre. Sin embargo, esta fue mal colocada y con el paso del tiempo empezó a causarle molestias físicas, por lo que decidió retirársela (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella, por su parte, señala que en consulta particular le colocaron mal una inyección (en el día incorrecto) y por esto se quedó embarazada de su segundo hijo (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Con respecto a las manifestaciones de violencia verbal durante la consulta ginecológica, todas concuerdan haber sido víctimas de esta. Una de las manifestaciones de este tipo de violencia refiere al trato brusco y grosero del personal de salud. En el caso de Corina y Fiorella evidenciaron esto durante el examen de Papanicolau en el sector público. Corina refiere: “la médico es muy tosca, es muy grosera (...) solo es: ‘póngase la bata, abra las piernas’. Entonces, no hay tampoco una intensión de buen trato de su parte” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella señala que, a veces, el maltrato en este tipo de exámenes más que físico es verbal: “O sea, más que físicamente fue como que muy grosero, como: ‘síntese, a ver’. O sea, no. (...) así como: ‘a ver, síntese y entonces, se sienta, apure’ (simulación de grito y orden)” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Thelma, por su parte, también narra un evento de violencia verbal casi idéntico, pero ocurrido en el sector privado: “yo me puse el Implanon en CEMOPLAF. Y la señora, me acuerdo que había una vieja ahí, súper grosera, a la que le mandé a la mierda (risas) porque me dice como que: ‘ya, póngase bien’” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de violencia verbal refiere a los comentarios impertinentes, de cualquier tipo, realizados por el personal de salud. Thelma recuerda que cuando asistió a una revisión ginecológica en el IESS, el médico le hizo un comentario fuera de lugar sobre el método anticonceptivo que ella estaba usando: “el doctor me dijo que qué usaba de método anticonceptivo y le dije que (...) el Implanon y me dijo: ‘ay, el Ministerio les ha puesto como vacas’” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Con respecto a las manifestaciones de violencia psicológica es muy común encontrar juzgamientos o juicios de valor ejercidos por parte del personal de salud. En cuanto a este punto, todas las entrevistadas tuvieron una historia que contar sobre situaciones en las que se

sintieron juzgadas. Sin embargo, cuando se realiza esta pregunta, solo Corina y Fiorella responden afirmativamente, mientras que Thelma al principio da una respuesta negativa, pero a medida que va narrando su historia, se va acordando de nuevas situaciones de violencia, entre ellas, las veces que se sintió juzgada en los espacios ginecológicos. Corina señala que la vez que más juzgada se ha sentido refiere a cuando acudió a ayuda ginecológica después de haberse realizado un aborto, pues la actitud y respuesta de la ginecóloga que le atendió era negativa y de tipo moralista:

Accedí dos veces a la ginecóloga en CEMOPLAF por un aborto... eh... (silencio)... consentido o elegido y no lo puedes decir. Ajá, inducido. No puedes decir estos temas, ¿ya? No puedes decir abiertamente que tuviste un aborto inducido. Tienes que decir que tuviste un aborto espontáneo (...) También hay una cuestión moral a través de eso. O sea, miedo a que te juzguen (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella también señala haber sido víctima de comentarios moralistas por parte de un ginecólogo de consulta particular cuando asistió a consulta médica después de haberse realizado un aborto: “yo lo siento como un discurso bastante moralista de: ‘verá... es una vida, Dios...’ y bla, bla, bla” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Sin embargo, a pesar de haberse sentido juzgada, reconoce que recibió la ayuda médica que estaba solicitando y pareciese ser que para ella eso es lo que importa al final:

Me fui donde un médico personal, donde me juzgó y todo, pero finalmente me ayudó. Y lo que hizo es como terminarme de limpiar, digámoslo así. Pero sí hubo una juzgación y todo, pero, finalmente, me ayudó. Así de simple (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

No obstante, esta no es la situación que Fiorella considera la más relevante dentro de los momentos en los que se ha sentido juzgada. Para ella el evento en el que más juzgada se sintió fue cuando era adolescente y se acercó a su médico de referencia para solicitarle métodos anticonceptivos, a lo que este respondió con un comentario impertinente sobre su actividad sexual: “‘bueno, le vamos a ayudar, pero...’, recuerdo, digamos, este comentario que dijo: ‘pero, a veces, no es bueno comenzar las relaciones sexuales tan joven porque hay que cuidar un poco el cuerpo’” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Como si tener relaciones sexuales fuera estar descuidando el cuerpo.

Además de esto, Fiorella recuerda también haber sido juzgada por su ginecólogo de referencia sobre su aspecto físico, específicamente, sobre su peso: “el ginecólogo como diciendo: ‘tiene que comer sano (...) o sea, después de esto la vida sigue. Entonces, si usted va a entender que después bajar de peso y todo, no, no es la misma vida’” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de

febrero de 2022). Sin embargo, ella, a pesar de haberse sentido juzgada, atribuye estos comentarios a cuestiones médicas y de salud: “Bueno, un llamado de atención a cuidar la salud, sobre todo cuando ya estaba embarazada, pero ahora una es más consciente” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Se puede observar que, si bien Fiorella se da cuenta de las manifestaciones de violencia que ha vivido durante los servicios de ginecología, de alguna u otra manera trata justificarlos, mencionando que debe existir alguna razón para que el/la médico/a diga o haga tal cosa o que, si bien, puede haberte tratado mal, finalmente te ayudó, en vez de mirar esta supuesta ayuda como su deber profesional. Esto da cuenta de la hegemonía que tiene la medicina sobre los pacientes, especialmente, sobre el cuerpo de las mujeres, que hace que se normalice la violencia en el ámbito de la salud (Herrera 2008).

Thelma, por su parte, menciona que se sintió juzgada por el lapso que decidió dar de lactar. Señala que cuando acudía a algún tipo de revisión o intervención ginecológica y necesitaba tomar algún medicamento o seguir un tratamiento, los/las médicos/as le hacían comentarios impertinentes y poco profesionales sobre su decisión: “yo di de lactar hasta los 2 años 2 meses, entonces, me decían: ‘ah, todavía sigues dando de lactar’ (exclamación). Y yo así: ‘y a usted qué le importa’ (risa)” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Con respecto a manifestaciones de violencia sexual durante los servicios de ginecología, Corina, Fiorella y Thelma señalan no haber recibido nunca comentarios impertinentes de índole sexual, ni haber sido víctima de alguna clase de abuso o acoso sexual.

Con respecto a las manifestaciones de violencia simbólica durante los servicios de ginecología, Thelma, Corina y Fiorella aseguran haber sido víctima de algunas de estas. Una de las manifestaciones de violencia simbólica recae en la invisibilización y/o infantilización de la mujer en los espacios ginecológicos (Vallana 2019). Corina afirma haberse sentido invisibilizada en algunas ocasiones durante los servicios ginecológicos, especialmente, cuando realizaba preguntas y estas recibían respuestas poco claras: “No recibes información certera y tampoco información adecuada con un lenguaje que uno entienda alrededor de tus dolencias” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, por su parte, señala que las veces que más invisibilizada se sintió fue cuando acudía a consulta ginecológica siendo una adolescente, pues sentía que toda la atención e información estaba dirigida hacia su madre, como si la paciente fuera su madre o como si ella no estuviera presente: “me hiciste esta pregunta sobre sentirse invisibilizada, cuando tú estás

con tu mamá (...) y eres adolescente, no es que te escuchan a ti, directamente le explican a tu mamá, no sé si me hago entender” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Cabe señalar que, en ese momento, Fiorella tenía 20 años de edad, por lo que se estaría hablando también de una infantilización de la mujer.

Thelma, de igual manera, señala haberse sentido invisibilizada e, incluso, infantilizada alguna vez por un ginecólogo de consulta privada, pues señala que este, al ser amigo de su padre quien también es médico, prefería dirigirse directamente a él.

Este man se comunicaba con mi papá y no conmigo y a mí me parecía eso una violación súper grande hacia la confidencialidad paciente-doctor porque mi papá es doctor y es su amigo, pero la paciente era yo (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Esto da cuenta de una doble hegemonía. Primero, de la medicina sobre los pacientes. Segundo, de los hombres hacia las mujeres o el cuerpo femenino, específicamente.

Sin embargo, Corina considera que esta invisibilización e infantilización es mucho menor en mujeres con un cierto nivel de educación superior porque al tener una mayor formación académica, se tiene mayores posibilidades de preguntar o aclarar cualquier duda que se tenga y también de refutar sobre lo que no se esté de acuerdo, por lo que el nivel educativo es algo que los/las médicos/as toman mucho en cuenta al momento de realizar su intervención:

Te hacen esta pregunta que tú me hiciste al principio sobre el nivel de educación. Y cuando tú dices cuarto nivel o tercer nivel, el trato cambia, ¿ya? El trato se vuelve un trato más horizontal, en todo caso. Te tratan como un profesional. O sea, están como tratando de un profesional a un profesional (...) Finalmente, creo que el estudio, el acceso al estudio, sí te da la capacidad de repreguntar lo que te están haciendo o de poder parar ciertas cosas que no estás de acuerdo (entrevista, Quito, 5 de febrero de 2022).

Con respecto a estas posibilidades de mejor trato, debido al nivel educativo, Thelma y Fiorella señalan algo parecido. Fiorella, concordando con Corina, menciona que el tener un cierto nivel académico te da mayores oportunidades de ser respetada en cualquier ámbito, incluido en el de la salud porque sienten un grado de intimidación: “O sea, cuando tú tienes un título de cuarto nivel, estudias, trabajas en una institución reconocida y toda la cosa, es otro trato. Es como que se sienten intimidados” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Thelma, por otro lado, narra cómo es que se dio cuenta que su ginecólogo le estaba engañando con falsos diagnósticos para sacarle dinero: “le dije: ‘no, a ver, cómo usted me puede estar diciendo eso’ (...) ese es como el momento en que hice un clic y dije este man

nos está viendo la cara de pendejos” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Esta ventaja en cuanto al nivel educativo da cuenta de la doble vulneración que sufren las mujeres con poco o nulo acceso a la educación durante los servicios ginecológicos. Se trata de una discriminación interseccional en la que se entrecruzan distintas categorías discriminatorias (Vallana 2019). En este caso, el género y el nivel educativo.

El acceso al nivel educativo puede ser una de las razones por las que a ninguna de las 3 se les ha realizado exámenes o tratamientos ginecológicos sin previo aviso o sin explicarles cuál es la función de estos. De hecho, todas aseguran que siempre han recibido la respectiva explicación médica antes de iniciar con cualquier intervención: “O sea, nunca, digamos, han intervenido sin darme una explicación, pero eso te digo, yo creo que sí está atravesado por la cantidad de información que tengas alrededor de cuáles son (...) los derechos que tienes” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella menciona que, si bien siempre ha recibido esta explicación, no cree que alguna vez que se haya tomado en cuenta su opinión al respecto: “te explican el contexto en términos médicos, o sea, ‘está pasando esto, esto, esto, y le vamos a ayudar de esta manera’, pero no me dicen: ‘¿está de acuerdo o no?’ (...) como pidiendo aprobación, nunca” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Esto demuestra que, si bien las mujeres con una educación superior son menos vulneradas, el género siempre las pondrá en una doble posición de desventaja en los espacios médicos: como paciente y como mujer, debido a la hegemonía médica y masculinista (Vallana 2019).

Con respecto a las manifestaciones de violencia a nivel institucional, Corina, Thelma y Fiorella señalan haber sido víctimas de esta de distintas maneras. En el caso de Corina y Fiorella esta violencia institucional se ha manifestado en los espacios del sector público, a través del excesivo tiempo de espera y de la atención no personalizada que se les ha brindado. Fiorella, al respecto señala:

Tienes que madrugar, o sea, no es que te dicen: ‘su turno es a las 8h00’ y a las 8 en punto te atienden. No, para nada. O sea, llegas a las 8 y en hora buena puedes salir 10-11 (o sea, si no hay gente), pero que sea la atención solo para ti, no. Para nada (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

De acuerdo con esto, Corina refiere a que el tiempo de espera, la falta de información y el maltrato en general proporcionado en el sector público es algo que, si bien resulta violento, se ha ido normalizando. Es decir, las mujeres usuarias de los servicios ginecológicos (y médicos en general) del sector público ya conocen la dinámica del mismo y lo han aceptado de alguna u otra forma porque así es el sector público:

Pues la espera. Creo que también uno va naturalizando como el trato en el sector público, ¿me entiendes? Entonces, tú sabes que no te van a dar una buena atención. Tú sabes que no va a haber tiempo para ti, para hablar con el médico o la médica. O sea, vas como dispuesta a eso. Creo que hay un maltrato todo el tiempo, hay un condicionamiento. No preguntas. O sea, tú llegas, te pones la bata, no preguntas (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Con respecto a las manifestaciones de violencia estructural durante los servicios ginecológicos, Corina refiere a este sistema estatal y de salud compuesto por políticas dirigidas a controlar el cuerpo y la vida de las mujeres, nominándolo como una biopolítica del cuerpo femenino: “O sea que hay como una... eh..., qué te digo, como una biopolítica sobre el cuerpo femenino ¿ya?, y esta biopolítica está atravesada por una condición moral (silencio)” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Según Corina, se trata de un control moral sobre el cuerpo y las decisiones de las mujeres que se ve reflejado en los juicios de valor sobre los métodos anticonceptivos y el aborto.

Corina, Fiorella y Thelma afirman haber tenido una experiencia de aborto. En el caso de Fiorella y Corina se trató de un aborto inducido, durante su segundo embarazo, a la edad de 24 años; mientras que en el caso de Thelma se trató de un aborto terapéutico (interrupción del embarazo por razones médicas) realizado en su primer embarazo, a la edad de 33 años. Todas señalan que fue una experiencia cargada de juicios de valor e imposición de creencias por parte del personal de salud, lo que implica manifestaciones de violencia simbólica y psicológica durante los servicios ginecobstétricos.

Corina y Fiorella comentan que no buscaron ayuda ginecológica para realizarse su aborto, debido al estigma que se tiene con respecto a esta intervención. Con respecto a este estigma, Fiorella señala que: “ya desde cuando te vas a hacer el eco, ya es terrible. O sea, al menos cuando te pones dudosa, es un discurso bastante moralista, de hecho” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Y es por este motivo que ambas decidieron acudir a movimientos de mujeres y/o feministas para realizar este proceso de aborto, señalando que se sintieron acompañadas y contenidas por una red de mujeres en todo momento.

Corina, por su parte, señala que acudió a un movimiento feminista denominado *Las Comadres* dedicado a acompañar a las mujeres que deciden abortar.

O sea, tú llamas y las chicas te dan información y luego te están llamando también constantemente durante el proceso, te explican superbién lo que tienes que hacer (...) es un acompañamiento que no es juzgado (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, de igual manera, recuerda que acudió donde algunas de sus amigas feministas y fueron ellas quienes le ayudaron y acompañaron en su proceso.

Tengo una amiga feminista súper, súper empoderada, bueno algunas, de hecho. Desde la cuestión de la búsqueda de la pastilla hasta la cuestión del acompañamiento estuvieron todo el tiempo conmigo (...), estuve bien acompañada (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Fiorella y Corina recuerdan haber buscado ayuda ginecológica en el sector privado (consulta particular) después de haberse realizado el aborto, debido a complicaciones médicas. Corina señala: “Yo accedí porque yo tenía un malestar que pudo haber sido que los restos, digamos, de placenta y cuestiones así que no descendieron adecuadamente. Entonces, estaba atravesando una infección” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella, por su parte, menciona que: “pasaban los días y yo seguía sintiendo síntomas de embarazo. Entonces (así como náuseas) me asusté. Y me fui donde un médico personal (...) Y lo que hizo es como terminarme de limpiar” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Es decir, en ambos casos, recurrieron a los servicios ginecológicos cuando fue estrictamente necesario.

Sin embargo, ambas recuerdan que estas intervenciones médicas, lejos de ser profesionales, estuvieron cargadas de juzgamientos o discursos moralistas. Corina comenta que cuando acudió a su ginecólogo, después su experiencia de aborto, este: “tuvo así como alguna respuesta tipo: ‘hay cosas que no se deben hacer’. Como muy moralista. No recuerdo ahora, pero fue alguna cosa como tipo: ‘no puedes contar eso’” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella, por su parte, recuerda que cuando buscó ayuda ginecológica por complicaciones de su intervención, el médico tuvo una actitud tipo: “‘eso no se hace, pero ya que está hecho, hay que ayudarlo’ (...) De alguna manera, como que no quisieron estar involucrados ahí, ¿me entiendes? Como que no quisieron saber que tú lo provocaste” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Entonces, a pesar de que ambas consideran que obtuvieron un trato poco profesional, para Fiorella lo importante es haber recibido esta ayuda médica-ginecológica, más allá de cualquier tipo de juzgamiento.

Fiorella y Corina señalan también que para recibir esta ayuda ginecológica por motivos de aborto, se debe mencionar siempre que se trató de un aborto espontáneo porque sino el trato puede ir más allá de un juzgamiento. Corina recuerda que cuando llegó al establecimiento de salud le hicieron preguntas al respecto (de cómo sucedió el aborto): “yo tuve que decir eh... que yo tuve un proceso de un aborto natural, de un aborto espontáneo” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella concuerda con esto y menciona que: “en todo caso, es

mejor que tú digas ‘es que estuve montando caballo y me pasó esto’, pero, finalmente, (...) cuando cuentas la verdad ahí sí es como totalmente diferente [el trato]” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Thelma, por su parte, asegura también haberse sentido juzgada por su ginecóloga cuando le solicitó interrumpir su embarazo, al enterarse que este ya no era viable: “ella me dijo que no estaba de acuerdo con eso de provocar el aborto” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Por esta razón, Thelma también pensó en buscar ayuda externa a lo médico/ginecológico para provocarse ella misma el aborto. Sin embargo, al mencionar esta intención a su ginecóloga, esta última decidió acceder a su petición:

O sea, ella quería que sea todo natural (...) O sea, simplemente no. De hecho, en un momento, yo dije: ‘no me importa, busco las pastillas y yo me provoqué el aborto acá, pero yo no voy a esperar’. Entonces, ya le dije a la man y me dijo: ‘bueno, no, no, hagamos el legrado’.

Entonces, ya me hicieron el legrado y tal (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Entonces, en el caso de Thelma, a pesar de tratarse de un aborto no inducido por sí misma, tampoco se ve un respeto por parte del personal de salud con respecto a la decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo, sino que sigue tratándose de una imposición de creencias morales: “Como que ella quería, o sea que te podía escuchar, pero en la medida de que esté dentro de su sistema de creencias” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). A pesar de que, en esta ocasión, la profesional también es mujer, se sigue tratando de un caso de violencia de género, pues esta refiere a una violencia generada a través de la reproducción de normas, creencias y valores desarrollados dentro un sistema de estructura patriarcal que ha llevado, tanto a hombres, como a mujeres a naturalizarlos y considerarlos inmutables (De Miguel 2005).

3.1.2.2. Servicios obstétricos

Los servicios obstétricos refieren a las intervenciones médicas efectuadas en las etapas de gestación: embarazo, parto y puerperio. En el presente apartado, se analizará la percepción que tienen las mujeres entrevistadas tanto de los servicios obstétricos, como de las vivencias de sí mismas en las distintas etapas de gestación; por lo que se dividirá el espacio por cada etapa de la gestación. Sin embargo, debido a que cada una de ellas tiene experiencias totalmente diferentes, se mencionará lo que se considere más relevante para el estudio.

Empezando por la experiencia en el área obstétrica, de manera general, Thelma, Fiorella y Corina tienen su propia percepción sobre la misma. Thelma, por un lado, señala que su

experiencia en el área obstétrica ha sido muy mala, pues considera que los/las médicos/as que ofrecen o trabajan en estos servicios no están lo suficientemente capacitados en dos aspectos importantes: el profesional y el humano, lo que hace que cometan faltas terribles en cuanto al trato y a las intervenciones médicas.

Terrible. Terrible. Los doctores no son, a ver, no están capacitados. O sea, son dos problemas: no están actualizados y creo que una de las profesiones en las que es más visible si no te actualizas es la del médico porque la medicina va cambiando y se van descubriendo nuevas cosas y, si no te actualizas, sigues haciendo cosas que son dañinas para los pacientes. Y, encima, no son empáticos. Yo entiendo que, en el sector público y, también, seguramente en el privado, hay esto del Burnout y todo, pero creo que hay que buscar formas para mejorar la atención porque sí tienen prácticas terribles (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, por su parte, señala que ha vivido dos experiencias completamente distintas entre ellas en el área obstétrica, pues el contexto en que cada una de ellas ha tenido lugar ha sido totalmente diferente, ya que la primera experiencia que tuvo en esta área fue a sus 20 años, y la segunda a sus 35 años. Es decir, ha pasado más de una década entre una vivencia y otra. Y pues, de hecho, la percepción que se tenga sobre algo puede variar según el momento en que se haya desarrollado (Vargas 1994). Según Fiorella, su primera experiencia fue un tanto pesada por los malestares físicos, pero, a su vez, más relajada por la presencia de su madre quien, de alguna manera, tomó el control de la situación; mientras que en su segunda experiencia sintió un poco más el peso de lo que estaba sucediendo, pues era ella quien tomaba el control:

Han sido dos experiencias diferentes. La primera un poco pesada. A pesar de que yo di [a luz] en la clínica privada (...) sí es un poco violento porque estar acostada ahí con el suero, aguantando dolores, o sea, tenaz (...) [En la segunda] o sea, yo me sentí como nueva. Además, que en el primer parto estuve acompañada totalmente con mi mamá y cuando uno está acompañado con la mamá siente, literalmente, que hay cosas hasta que se le pasan porque la mamá es como que, cuando tiene un embarazo adolescente, asume el rol totalmente, ¿no?, de la responsabilidad que tienes que tomar. En cambio, cuando uno ya está grande, no está la mamá. O sea, ahí es como distinto, uno como que cae en cuenta de muchas cosas (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Corina, finalmente, señala que para ella esta experiencia ha sido regular, pero que mucho tiene que ver de a qué tipo de establecimiento acudas por estos servicios, pues de esto depende mucho el trato o la atención que recibirás. Según Corina, algunas de las diferencias

entre un tipo de establecimiento y otro es la atención personalizada (y todo lo que esta conlleva como la cantidad y la claridad de la información) y el trato humanizado:

Es regular. Y también depende, por ejemplo, de a dónde vas. Hay médicos que estando en estado de gesta son más cálidas contigo y hay otras que son igual de secas, ¿no? Y que en ese estado de gestación una se pone como más sensible (...) O, por ejemplo, yo quería que me den hierro porque yo soy vegetariana y en ese momento tenía una dieta como muy balanceada, muy vegetariana, y no me decían o no me daban el acceso a estos medicamentos ¿no? Era una condición, así como muy cerrada, ni siquiera holística de ver las diferencias de cada mujer (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

3.1.2.2.1. Embarazo

Corina, Thelma y Fiorella narran experiencias y vivencias totalmente distintas durante la etapa de embarazo. Corina y Fiorella han llevado a término 2 embarazos que han sido diferentes entre sí (a nivel físico y psicoemocional), debido al tiempo transcurrido entre un embarazo y otro.

En el caso de Corina, el tiempo transcurrido entre un embarazo y otro ha sido de 12 años, por lo que comenta sentir una gran diferencia a nivel psíquico y físico: “a los 19 o 20 tal vez tu cerebro no está listo para enfrentarte a una maternidad, pero el cuerpo, físicamente, está mucho mejor que a los 32. Eres más fuerte, más flexible” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

En el caso de Fiorella, transcurrieron 15 años entre un embarazo y otro, por lo que también los siente totalmente distintos. Sin embargo, en su caso, la distinción recae en un nivel psicoemocional, debido a la responsabilidad que sintió –tal vez por primera vez– en su segundo embarazo: “Totalmente [diferente]. 15 años de diferencia. Totalmente. O sea, yo me sentí como nueva. Además, que el primer parto estuve acompañada totalmente con mi mamá” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Thelma, por su parte, ha llevado a término 1 solo embarazo, a sus 33 años. Para Thelma, la experiencia de embarazo ha sido traumática, por lo que asegura no querer volver a vivirla: “yo no estoy dispuesta a pasar por un embarazo (...), otro más, nunca. Es traumático” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Para Thelma, la vivencia en sí misma, más la violencia de la que asegura haber sido víctima hicieron de su experiencia algo para no repetir.

Si bien, las experiencias de embarazo de Corina, Fiorella y Thelma han sido distintas, en todos los casos la violencia ginecobstétrica estuvo presente de alguna u otra manera. En la

mayoría de las ocasiones se trató de una falta de información con respecto al proceso de gestación, lo que da cuenta de una manifestación de violencia simbólica durante los servicios obstétricos. Sin embargo, la calidad y cantidad de información recibida durante la etapa de embarazo fue distinta para cada una de ellas.

Corina, por ejemplo, considera no haber recibido la información necesaria o que ella requería durante la etapa de gestación, en ninguna de las dos ocasiones. En su primera experiencia de gesta, recuerda que, a más de no recibir la información necesaria, tampoco se sintió guiada o acompañada a nivel psicológico y emocional:

Mi primer niño nació cuando yo tenía 20 años, es decir, que tuve un embarazo saliendo de la adolescencia, ¿no?, y me parece que sí tienes que tener como un acompañamiento emocional cuando eres muy jovencita, necesitas estar preparada para este cambio que se te viene en tu vida. Para también, digamos, la entrega, los procesos de lactancia, el cambio que vas a tener en tu cuerpo o la recuperación posparto de la que nadie habla (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

En su segunda experiencia, en cambio, recuerda que los/las médicos/as no respondían a sus inquietudes con respecto a la salud de su hija y de ella misma, y si lo hacían no era de una manera clara y precisa, lo que le generaba cierta ansiedad:

En ese estado de gestación una se pone como más sensible y también necesita más información y a pesar de eso no te la dan (...) yo tenía como mucha ansiedad respecto a alguna cuestión que se pueda presentar en la niña (te estoy hablando de temas de discapacidad) y no me decían nada. O sea, no eran directos. No me explicaban (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, al igual que Corina, señala que la experiencia sobre la cantidad y calidad de información fue distinta en cada embarazo. Recuerda que en su primera gesta no recibió mucha información, debido a la responsabilidad que asumió su madre sobre ella y su bebé; mientras que, en la segunda, al ya ser considera una persona adulta, los/as médicos/as se vieron en la obligación de proporcionarle toda la información, de manera clara y comprensible. Fiorella refiere:

En el primero, no mucho. En el segundo, sí. Todo, todo. En el primero no mucho por toda la cuestión que te conté y el contexto de ahí (...) o sea, hay una cosa que, digamos, me hiciste esta pregunta sobre sentirse invisibilizada. Cuando tú estás con tu mamá y estás embarazada y eres adolescente, no es que te escuchan a ti, directamente le explican a tu mamá (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Thelma, por su parte, señala que en algunos establecimientos –que no necesariamente tiene que ver con el sector de salud al que pertenezcan– sí recibió la información pertinente, mientras que en otros esta información era un tanto difusa y, en ocasiones, falsa. Sin embargo, también menciona que mucho tuvo que ver el hecho de que ella también contaba con información propia:

En el Ministerio de Salud sí [recibí información]. Esta doctora que no me acuerdo el nombre, que fue súper buena, sí. Y también yo tenía disponible información y yo me informaba mucho. Cosa que no siempre pasa porque la información, a veces, no es tan clara y no la encuentras. O no sabes, ni siquiera, qué tienes que buscar. Sin embargo, este Dr. Molina que era privado, no nos daba información clara, no nos explicaba las cosas, nos confundía todo el tiempo (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

3.1.2.2.2. Parteras/Doulas

Corina, Fiorella y Thelma contactaron a parteras o doulas para acompañar su proceso de gestación. En el caso de Thelma y Fiorella, la doula y partera, contratadas respectivamente, cumplieron una función de acompañamiento emocional y enseñanzas (prenatales, perinatales y posnatales) en las etapas de embarazo y puerperio; mientras que, en el caso de Corina, la partera fue quien se encargó de sus procesos de labor de parto y parto, además del acompañamiento emocional. Todas señalan que la presencia y el acompañamiento de estas mujeres fue de mucha ayuda para sobrellevar de mejor manera tanto el proceso de gestación, como la maternidad. En palabras de Thelma:

Paralelamente empecé a ver una Doula que para mí fue como el hada madrina porque me ayudó un montón. Las Doulas no tienen esta formación médica, pero tienen una formación de acompañamiento. Entonces, ellas me acompañaron un montón y todo (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Para Thelma, Dani, la Doula que contactó para que le acompañe en su proceso de gestación (y etapas próximas) significó muchas cosas porque considera que, además de acompañarle y contenerle emocionalmente, le proporcionó también un montón de ejercicios y técnicas que contribuyeron en su bienestar físico y psicoemocional durante las etapas de gestación y la consecuente maternidad.

Fue muchas cosas. O sea, a ver, ella primero que tuvo como el acompañamiento. O sea, es un acompañamiento de alguien que conoce estos temas y que te dice, te da como ¿consejos? Entonces, ella me decía como: ‘hazle caso a tu cuerpo’. Me mandó algunas meditaciones y cosas así, súper importantes para mí (risa) porque esas me ayudaron a tranquilizarme (...)

Entonces, son cosas como súper sencillas, pero cuando estás en esas angustias, no cachas ¿no? Entonces, me ayudó un montón, un montón (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Así mismo, Thelma asegura que asistió a clases de preparación de parto y lactancia con Dani. Y, además de eso, Dani le brindó algunos consejos sobre cómo sobrellevar los primeros meses de maternidad para que sea un proceso menos pesado, en todo caso; lo que fue de mucha ayuda para Thelma porque, al ser madre primeriza, no tenía mucha idea de cómo sobrellevar hasta las cosas pequeñas.

O sea, como que los primeros 4 meses ella venía a mi casa o hablábamos y teníamos sesiones, me ayudaba, me contaba, me contenía sobre todo y, después, los últimos meses, tuvimos un curso de ¿cómo se llama esto? O sea, de preparación para el parto. Entonces, ahí nos enseñó bastante de lactancia. Nos enseñó también de, o sea, cosas hasta de ‘para que sea más fácil su vida, tengan (risas) listo cositas de ropa que tenga pantalón, medias, camiseta y saco, ahí, guardados así, ¡guarden así! Porque así, ese rato, solo cogen el paquetito y le ponen’. Cosas así. O sea, son cosas que parecen súper sencillas, pero que te ayudan, que, además, no has pensado. Entonces (risas), te ayudan un montón. Entonces, sí, la Dani es un sol, es un sol en mi vida. De hecho, cuando recién nació la Manu, fue y me ayudó, me ayudó también en la lactancia (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella también considera que Martha, la partera que ella contactó, fue de gran ayuda durante su proceso de gestación y las etapas próximas. Al igual que en el caso de Thelma, Fiorella señala que su partera le proporcionó algunos consejos para sobrellevar mejor su embarazo:

Me explicó cómo acostarme para que no se, (como era tan pequeño el feto en ese momento), o sea, cómo hacer para que no se ponga solo a un lado, sino que se quede en el medio. Entonces, me explicó que debía dormir con las piernas para arriba, que tenía que hacer par ejercicios en la noche, cómo levantarme de la cama para que no sea muy doloroso (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Durante la etapa de embarazo, la ayuda que Fiorella sintió como más significativa refiere a las intervenciones obstétricas y medicinales:

Me ayudó un montón en la cuestión medicinal porque como me comenzaron a mandar antibióticos. Más que todo, yo (...) tenía un dolor en la parte de debajo del ovario que no me dejaba. O sea, me levantaba y no me podía parar. Y cuando vino la partera y me hizo el tanteo me dijo que el bebé se había puesto sólo, en una esquina. Entonces, ella, tanteando y haciendo esto, le logró poner en el medio e, ¡increíble!, ese mismo momento me pasó este dolor. Yo no podía ni caminar (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Dentro de este aspecto medicinal, Fiorella asegura que Martha contribuyó con técnicas de medicina ancestral que le ayudaron mucho con respecto a los malestares físicos que esta presentaba, entre ellos, las infecciones.

De hecho, ¿sabes qué?, yo sufrí mucho frío. En los dos partos, ¿no?, pero sufría, ¡uy! Un frío terrible. O sea, tenía un frío que tú no te imaginas. Y era un frío que no, no se calmaba. Afuera podía estar haciendo un sol terrible, pero yo tenía un frío corporal y ella me hizo una mezcla de hierbas y, literalmente, me sacaron el frío del cuerpo con eso. Entonces, sí, sí me ayudó con estas cosas que, de pronto, los médicos las ven como normal (...) ¡Ah! para la cuestión de la infección, de hecho, me mandó baños de asiento de matico y, sí, totalmente relajado (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Fiorella señala que Martha fue de gran ayuda también en la etapa de posparto, pues le enseñó algunas maneras alternativas para dar de lactar, ya que de la manera estándar como se enseña en la medicina, su bebé no quería lactar:

Con ella estuve hasta cuando ya di a luz. Yo tenía el problema de que no tengo tan salido el pezón y se me hacía súper complicado, al principio, darle de lactar a mi hijo. No cogía. Y ella vino, una vez más, conoció al bebé y me dijo: ‘hay diferentes maneras de dar de lactar’. Entonces, me explicó lo de lactar con una almohada, posiciones que debía poner, cómo me debía poner yo, cómo tenía que poner al seno para que el bebé coja (...) O sea, sí me ayudó un montón. Cosas súper de estas que una se siente, así como: ‘¿y ahora, cómo hago esto?’ Me ayudó bastante (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

De hecho, Fiorella comenta que, en un principio, pensó tener un parto en casa en compañía de su partera. Sin embargo, debido a complicaciones médicas (como la posición del bebé y el enredamiento del cordón umbilical en el cuello del mismo) esto fue imposible, conllevando a la cesárea como única posibilidad de parto:

Yo, al principio, iba a dar con la partera, pero (...) el riesgo fuerte era que, como tenía 2 vueltas en el cuello, o sea, si yo pujaba, él se podía ahorcar (...) Entonces, la partera también dijo: ‘o sea, si él sigue así, tienes que dar con cesárea y yo te trato de cuidar en el post, o sea cuando ya salgas de esto del embarazo’ (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Corina, por su parte, comenta que recurrió a parteras cuando en su primer embarazo se dio cuenta de la importancia que tiene la etapa de gestación para las mujeres y, por ende, la experiencia de parto. Recuerda que tomó la decisión de parir en casa, a partir de la narrativa de otras mujeres sobre sus malas experiencias de parto en establecimientos de salud públicos y privados:

Yo creo que, aunque no tuve un parto en hospital, las experiencias de las que una es parte o que te cuentan tus amigas que ya tuvieron hijos o que dieron a luz en establecimientos de salud, cualquiera que sea, público o privado, a uno le van generando una narrativa alrededor de estos temas de atención (...) [es un] parto muy conductual ¿ya?, irrespetuoso, además, con el tema natural de los cuerpos. A partir de estos relatos es que yo decido dar a luz en casa (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Corina comenta que siempre tuvo el deseo de ser madre y, por ello, cuando empezó a buscar información sobre los partos humanizados, supo que, definitivamente, quería tener un parto respetado. Y estaba completamente segura de que eso no iba a poder ser posible en ninguna institución de salud, por más propagandas que tengan al respecto. Por esto, decidió hacerlo en un lugar seguro, junto con sus personas de confianza y a su propio ritmo:

Es un tema completamente distinto porque primero que estoy en un lugar en el que me siento segura (...) creo que es un trato muy amoroso, muy respetuoso con los ritmos propios y respetan también el tiempo que tú necesitas para dar a luz. Entonces, eso es importante (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

3.1.2.2.3. Labor de parto y Parto

La experiencia de parto también ha sido distinta entre Corina, Fiorella y Thelma. Corina y Fiorella señalan que se ha tratado de experiencias bonitas que repetirían, mientras que para Thelma fue un proceso traumático que no quisiera vivirlo otra vez.

Corina señala que para ella ambos partos fueron muy buenas experiencias porque, al haberse llevado a cabo en casa, se trataron de partos humanizados, es decir, totalmente respetados: “mis dos partos son experiencias muy emocionales, muy emotivas, muy alegres, muy respetadas. Yo (...) si es que volvería a poder tener esta experiencia, pues la tendría. Los dos partos son muy buenas experiencias” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Para Corina el verdadero impacto no se dio en los partos como tal, sino en lo que conlleva la maternidad, especialmente en el contexto de cuando fue adolescente. “O sea, más digamos que el shock es en la crianza que en el proceso de parto” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Sin embargo, Corina considera que hubiera sido imposible vivir sus experiencias de parto de la manera tan respetada y humanizada, como las vivió, en una institución (pública o privada), ni siquiera en aquellas clínicas que, actualmente, están ofreciendo un parto humanizado porque considera que aún en estos lugares se sigue viendo al parto como una patología y no como un proceso natural, al respecto señala:

Creo que es imposible que tengas un parto humanizado, un parto respetuoso, amoroso, si es que vas a hospitales o a clínicas. Incluso las clínicas que ahora están ofertando partos humanizados creo que tienen aún el protocolo médico de ver al parto como una patología (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, en cambio, señala que, a pesar de que sus dos partos se dieron en clínicas privadas y en distintos contextos –pues en el primero se consideraba una adolescente, acompañada y sostenida todo el tiempo por su madre; y en el segundo se reconocía ya como una persona adulta, responsable de sus actos–, ambas han sido experiencias bastante agradables para ella, tanto que cuando habla de estas su voz se suaviza.

Yo creo que, ya te digo, son diferentes contextos (...) Es una experiencia que, pues, o sea..., a mí me gusta (suaviza la voz). O sea, a mí me gustó. Digamos que los dos casos. Yo soy súper apegada a los guaguas. Entonces, digamos que no han sido procesos traumáticos. Y en mi caso, a pesar de todos los pequeños inconvenientes, ya cuando nace el bebé es como que todo ese sacrificio pasa (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Thelma, por el contrario, considera que su experiencia de parto fue algo traumático que no está dispuesta a repetir: “Sí, yo no quisiera, o sea, por muchas razones, pero una de las razones es que yo no estoy dispuesta a pasar por un embarazo y por un parto, yo no tendría hijos, otro más, nunca. Es traumático” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Según Thelma, los procesos de labor de parto y parto fueron tan violentados en su caso, que hay cosas que no logra recordar sobre los mismos: “Fue horrible. O sea, de hecho, no me acuerdo tanto porque yo tengo ese mecanismo de defensa (risas) que me olvido las cosas traumáticas” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Con respecto a la violencia obstétrica, García (2018) señala que se trata de toda acción u omisión por parte del personal de salud y/o administrativo, que ocurra durante los servicios obstétricos y que provoque daño (físico, psicológico, sexual o moral) en las mujeres que acudan a los mismos. Esta violencia, al igual que la violencia ginecológica, se manifiesta a través de otros tipos de violencia, entre estas: violencia verbal, violencia psicológica o emocional, violencia física, violencia sexual, violencia simbólica, violencia institucional y violencia estructural (Vallana 2019).

La violencia psicológica o emocional durante los servicios obstétricos se manifiesta a través de tratos deshumanizados que dejan una sensación de abandono e inseguridad en las mujeres gestantes (Vallana 2019). Fiorella y Corina afirman haberse sentido seguras y acompañadas durante la labor de parto y el parto; mientras que Thelma asegura que no se sintió de esa

manera porque ni siquiera sentía que estaba siendo escuchada: “sí fui maltratada psicológicamente porque me decían, así como que: ‘tiene que aguantar, la gente tiene labores de parto de 3 días’, a mí qué me importa, o sea (risas)” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

En este sentido, Thelma considera que esta falta de escucha hacia las mujeres gestantes se debe a una primacía de la vida del bebé por sobre la vida de la madre en el contexto médico, lo que da cuenta de la percepción de las mujeres como máquinas reproductoras y no como sujetas de derechos: “No, para nada. O sea, yo sentí que lo que importaba ahí es que la Manu esté bien, que obviamente es importante, pero nosotras no somos incubadoras. O sea, nosotras también tenemos necesidades que no fueron tomadas en cuenta” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella comparte también esta percepción del bienestar de la vida del bebé por sobre la madre por parte del personal de salud: “eso es una cosa que hay que entender, ¿no? O sea, independientemente de la línea del médico, el médico siempre prioriza la vida del bebé (...) por la de la mamá” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Sin embargo, para ella esto es algo súper importante y necesario de comprender porque, desde su punto de vista, esta es la única manera de salvaguardar la salud del bebé y permitir que este nazca en las mejores condiciones posibles: “O sea, en mí caso, son súper necesarios porque ya te digo que mi médico es una persona súper, súper profesional. O sea, súper preocupado. O sea, un médico que está ahí todo el tiempo” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Una manera muy común de ejercer violencia psicológica o emocional durante los servicios obstétricos es impedir que las mujeres estén acompañadas por, al menos, una persona de su elección (Vallana 2019). Sin embargo, Corina, Fiorella y Thelma afirman haber estado acompañadas en todo momento durante la labor de parto y el parto. Corina asegura que en sus dos partos: “estuvo mi esposo, mi cuñada, mi papi y la partera” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). Thelma, por su parte, también comenta que: “Me mandaron al área de parto ya, entonces, estaba yo con el Jorge, estuve acompañada todo el rato” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Y Fiorella señala que también estuvo acompañada en sus dos partos por personas de su elección:

O sea, en mis dos casos sí [estuve acompañada] porque (...) o sea yo no tuve esto de que en la maternidad tú entras sola. O sea, esta vez entró mi esposo hasta el final y la primera vez que di a luz entró mi mamá todo el tiempo. Yo creo que es, digamos que, ese acompañamiento tuve (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de violencia psicológica durante los servicios obstétricos refiere a las humillaciones ejercidas por parte del personal de salud hacia las mujeres gestantes (Vallana 2019). Thelma asegura haberse sentido humillada, de alguna manera, cuando se encontraba en labor de parto, ya que expuso su dolor ante las bruscas intervenciones de una de las médicas de guardia y esta, al ver que Thelma no se dejaba revisar de esa manera, decidió retirarse, dejándola sin ninguna clase de información, apoyo o tratamiento:

Sí, con esta doctora de mierda que estuvo abajo en emergencia, que me recibió, que se fue porque ella dijo (...), o sea, porque yo tenía mucho dolor y vino y me empezó a apretar la panza y yo le dije: ‘ah, ayayai’, entonces creo que ahí le quité la mano y la man se fue, como si tuviera 2, no sé, 5 años (...) yo estaba con un dolor terrible y la man se enojó porque yo no quería que me toque el estómago porque me dolía full y se enojó y se fue (indignación). O sea, una estúpida, así. El Jorge tuvo que ir a decirle que me venga a ver. O sea, gente de mierda (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de violencia psicológica o emocional durante los servicios obstétricos refiere a las amenazas o amedrentamientos realizados por parte del personal de salud hacia las mujeres gestantes (Vallana 2019). Sin embargo, estas amenazas son difíciles de reconocerlas, pues casi nunca se dan de forma explícita, sino que es más común encontrarlas de forma velada, por medio de comentarios que pareciesen ser profesionales. Por esto, Thelma comenta que más que una amenaza, pudo haberse tratado como de una advertencia inocente: “O sea, más que, lo único que fue, fue este doctor que pasaba visita en la mañana que me dijo que me podía dar algo más fuerte para el dolor de la, por lo que tenía de la espalda, pero que le iba a hacer daño a mi hija, que yo decida” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella también recuerda haber recibido esta clase de amenazas veladas cuando mostraba su desesperación por no sentir sus piernas, debido a los efectos de la anestesia. Fiorella señala que sí se sentía forzada a colaborar con lo que los médicos le pedían por miedo a que, de no hacerlo, le pase algo al bebé por su culpa:

Eso sí te dicen. Eso sí hay que ser conscientes. O sea, por ejemplo, a mí me dijeron: ‘Mamita, no podemos hacer más, trate de colaborar porque no le podemos poner nada más por el bebé, no podemos poner, tiene que aguantar porque el bebé tiene que nacer. El rato que nazca le podemos ayudar con cualquier cosa’ (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Corina, a pesar de no haber vivido ningún tipo de violencia obstétrica, narra la historia de su prima quien le comentó lo terrible que fue su experiencia de parto en uno de los

establecimientos del sistema de salud pública de la ciudad de Quito. En su relato se encuentra también este tipo de amenazas por parte del personal de salud hacia las mujeres gestantes sobre la supuesta responsabilidad que estas tienen sobre el bienestar e, incluso, la vida de los bebés y que esto depende completamente de la colaboración que tengan con los/las médicos/as durante el parto: “Ella me contaba que para ella fue terrible, o sea que le trataban como, como mal, que le decían que se apure, que si es que no se apura o si es que no puja rápido el bebé o la bebé se va a morir” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Corina, señala que, justamente, debido a este amedrentamiento por parte del personal de salud hacia las mujeres que están en trabajo de parto es que muchas mujeres como ella prefieren parir en casa, pues señala que existe ya un miedo generalizado, desarrollado a partir de las narrativas de experiencias de violencia obstétrica que han vivido otras mujeres:

Entonces, sí han tenido como violencia obstétrica. Eso existe. Y es por eso, justamente, que muchas mujeres decimos que no queremos parir en hospitales. O sea, no es un tema netamente, digamos, por capricho o cosas así, sino que, más bien, es por un tema que atraviesa el miedo ¿no? (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

La violencia simbólica durante los servicios obstétricos se manifiesta, entre otras cosas, por medio de la cosificación del cuerpo de la mujer (Vallana 2019). Corina señala que, a pesar no haber sufrido este tipo de violencia (y tal vez ningún otro) en su experiencia de parto, justamente una de las razones por las que decidió no parir en ningún establecimiento de salud se debe a esta cosificación del cuerpo femenino:

Te tratan como un objeto, ¿no?, como una cosa (...) hay como un mandato hegemónico de los doctores, es decir, ellos tienen el conocimiento sobre tus dolencias. En lugar de ser al revés, ¿no cierto?, de que tú tengas el conocimiento de qué te duele y el médico sea un orientador alrededor de lo que te está pasando (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

El acto de rasurar la vagina de las mujeres gestantes durante el parto es una de las manifestaciones de cosificación del cuerpo de la mujer, pues, al no haber una explicación científica al respecto, se trata, únicamente, de una de las tantas expresiones, tanto de la hegemonía médica, como de la dominación masculina sobre el cuerpo de las mujeres (Herrera 2008). Fiorella señala que, en su segunda experiencia de parto, sí se le rasuró, debido a una supuesta higienización y que esta intervención fue una de las pocas cosas que le ha hecho sentir incómoda.

Tal vez lo que no me gustó y que no me pasó la primera vez fue que, como me tuvieron que hacer cesárea, fue como que en ese momento hay que depilar la vagina. Ahí es la única vez

que me sentí, digamos, un poco incómoda (...) Me rasuraron, claro, totalmente, porque dijeron que, a la final, la cesárea es una operación. Entonces, que tiene que estar todo súper higienizado (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Con respecto a esta necesidad de rasurar la vagina de las mujeres para supuestamente higienizar el ambiente y que los/las neonatos/as no se enfermen, Corina señala que: “No es importante. Lo hacen porque los médicos te dicen que los niños se pueden contagiar a través del vello púbico, pero no hay ninguna evidencia científica respecto a esto” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). A través de la siguiente experiencia narrada por Thelma, se puede mostrar que este discurso sobre la mujer higienizada durante el parto es una constante en el área obstétrica y que se trata de una cuestión machista y patriarcal. Thelma, al respecto de esta higienización del cuerpo de la mujer, recuerda que las enfermeras del hospital donde parió querían obligarle a tomar un baño para que el médico pueda hacerle las revisiones posparto, como si fuera un requisito:

Te decían: ‘tienes que estar bañada cuando venga el doctor’. Como asíf (indignación). ‘Yo no me voy a bañar’. Me venían a despertar a las 5 de la mañana para que me bañe porque el doctor ya pasaba y yo decía: ‘no, yo estoy aquí, no me voy a levantar, ¿por qué? (risas). A mí qué me importa que me venga a ver el doctor (...) yo no me voy a levantar a bañar a las 5 de la mañana porque no quiere que el doctor me vea ¡recién parida!’ . O sea (risas) querían que me maquille, no sé (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de esta cosificación del cuerpo de las mujeres, se observa a través de la poca o nula importancia que le da el personal de salud a los deseos u opiniones de las mujeres gestantes. Thelma señala que no siente haber sido escuchada en cuanto a sus deseos, necesidades u opiniones durante la labor de parto y parto: “No, para nada. No [me sentí escuchada] porque la respuesta era: ‘no, ahí tiene que esperar, tiene que esperar, tiene que esperar. Usted está bien, tiene que esperar’. Entonces, no había diálogo tampoco ahí” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Al no tomar en cuenta sus necesidades, Thelma señala haberse sentido también invisibilizada.

Fiorella también señala no haberse sentido escuchada en cuanto a lo que necesitaba durante sus dos experiencias de labor de parto y parto: “No, totalmente no. Ahí estás totalmente dirigido: ‘tienes que hacer esto, vamos a hacer esto’. O sea, estás en manos totalmente de los doctores” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Y asegura que, en su primera experiencia, esta falta de escucha le generó sentimientos de frustración porque sentía que no estaba siendo atendida en cuanto a lo que ella naturalmente necesitaba: “Un poco sí pues, o

sea, en el momento del dolor sí pues. Uno dice: ‘mierda, quiero estar sentada, no es la posición que me está pidiendo el cuerpo’” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Además de esta sensación de frustración, señala que se sintió totalmente invisibilizada, al haber sido una mujer muy joven que se encontraba todavía bajo la tutela de su madre, expresó: “Claro, invisibilizada sí. Claro porque me seguían tratando como una niña. O sea, ‘esta guagua se metió en un problema, pero bueno, la mamá está ahí’, entonces, la persona adulta, responsable, es la mamá. Así vayas a ser mamá tú también” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

En el caso de Fiorella, se puede observar una doble vulneración en cuanto al control sobre su cuerpo, pues en su primera experiencia de parto, las decisiones sobre el mismo recaían, tanto en el personal de salud, como en su madre, pero nunca en ella que, en realidad, era quien estaba pariendo. Sin embargo, es curioso que, en su segunda experiencia de parto no se haya sentido invisibilizada, a pesar de que todavía no era ella quien asumía el control y las decisiones sobre su cuerpo, sino que, en esta ocasión, además del personal de salud, fue su esposo quien decidía sobre el mismo, al respecto señala:

O sea, ahí hicieron lo que más, no me preguntaron a mí, pero a mi esposo todo el tiempo sí porque yo estaba toda, no colaborada en ese aspecto porque como no me gustó no sentir las piernas. Entonces, ahí a mi esposo le decían: ‘chuta, la señora se está moviendo mucho, vamos a tener problemas’. Entonces, a mi esposo le preguntaban (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de violencia simbólica –pero que también podría pasar por violencia física, debido al aumento de dolor que causa– es el impedimento para escoger la posición de parto, debido a la imposibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su propio cuerpo (Vallana 2019). Corina señala que no fue víctima de esta violencia en ninguno de sus dos partos y que, de hecho, en ambos partos adoptó distintas posiciones según su cuerpo le pedía: “Cuando le tuve a mi primer hijo estuve sentada en suelo. Y cuando nació mi bebé, la segunda, estuve parada, agarrada de algo. Claro, es como un instinto. Es netamente instintivo el tema del parto” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella, por el contrario, recuerda que en ninguna de sus dos experiencias le dejaron escoger la posición de parto. De hecho, hasta el momento de la entrevista no sabía que esa era una opción, es decir, no tenía conocimiento que las mujeres pueden escoger su posición de parto: “No, no. Tal vez si podía [escoger], esa información nunca me la dieron hasta ahora” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). En este caso, esta falta de apropiación del

cuerpo no se debe a una falta de educación (pues Fiorella cuenta con cuarto nivel educativo), sino que se trata de una normalización de lo establecido social y culturalmente por el llamado sistema patriarcal (Herrera 2008). Con respecto a su primera experiencia de parto, la misma que se dio por vía vaginal, Fiorella comenta:

No pues. O sea, lo único que cambia es que te ponen en una cama. En una camilla más dura, o sea, tipo un poco de cemento para que puedas pujar, pero no, no puedes cambiar de posición, no es que das en cuclillas ni nada. No, no, para nada (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Con respecto a su segunda experiencia de parto, a pesar de haberse dado por medio de cesárea tampoco le permitieron un libre movimiento. Si bien, en las cesáreas la mujer gestante no puede escoger la posición de parto porque se trata de una intervención quirúrgica, bien puede quedar en libre movimiento. En el caso de Fiorella, adoptaron medidas para impedir este movimiento. Esta acción, a pesar de seguir siendo parte de las violencias simbólicas, se trata también de una violencia física. De hecho, una de las manifestaciones de violencia física más comunes durante los servicios obstétricos es el impedir el movimiento de las mujeres gestantes durante el parto mediante la adopción de medidas alternativas (Vallana 2019). Entre las medidas más comunes están las ataduras de manos y pies.

Me tuvieron que coger las manos porque, claro, yo entiendo porque no tuve un momento como tranquilo. Entonces, el anestesista me dijo: ‘voy a tener que amarrar las manos, mamita. Usted no puede moverse porque puede pasar algo grave porque están interviniendo, están abriendo capas de piel’ (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Sin embargo, Fiorella considera que la adopción de esta medida fue necesaria porque ella no estaba colaborando con los obstetras y, de alguna manera, estaba perjudicando su trabajo. En cuanto a los pies, no está segura si fueron amarrados o no, pero consideraría también una medida aceptable y necesaria por su falta de colaboración con el trabajo médico:

No, solo las manos. O no sé si los pies, es que te digo, como estaba yo toda, totalmente, desesperada. Entonces, puede ser que sí los pies. Ahí sí ya me hiciste la pregunta del millón, pero de ahí las manos sí porque no estaba colaborando (risas) (...) Entonces, como no sentía las piernas, yo me imagino que estaba moviendo las piernas para sentirlas, entonces, les estaba dando problema a los médicos (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

A pesar de considerar una medida justa, Fiorella recuerda haberse sentido mal con la misma, pues sentía una impotencia sobre no tener el control de su propio cuerpo. No obstante, a pesar de este sentir, sigue considerando que son medidas que deben adoptarse en caso de ser

necesario: “¡Horrible! (Risas). Te sientes desesperada. Dices: ‘mierda, no puedo hacer nada aquí’. Claro, pero eso también es parte de la colaboración” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Y, de hecho, no siente haber sido violentada en el área obstétrica. Esta justificación de la violencia obstétrica que se muestra en Fiorella da cuenta de la normalización que hombres y mujeres han dado a todas las creencias y valores establecidos por el sistema patriarcal (Herrera 2008).

La violencia física durante los servicios obstétricos se manifiesta a través de cualquier intervención u omisión que atente contra el cuerpo de la mujer o deje, como consecuencia, heridas físicas (Vallana 2019). Entonces, a más del impedimento de movimiento durante el parto, la prohibición del libre movimiento durante la labor de parto también es considerada una manifestación de violencia física (Vallana 2019). Fiorella señala que en ninguna de sus dos experiencias le permitieron moverse libremente durante la labor de parto: “Nooo pues, o sea, la cuestión, sobre todo en el primero, sí fue como acostada, ahí con el suero, aguantando las contracciones acostada. Aguantar contracciones acostada sí es doloroso” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Y recuerda que este impedimento sí le generaba más dolor del natural.

Thelma, por su parte, señala que el permitirle moverse libremente fue lo único que hizo bien el personal de salud durante su labor de parto: “Sí, eso sí. Eso es lo único que hicieron (risas). Lo único que dejaron” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Sin embargo, a pesar de esto, considera haber sido violentada físicamente durante este proceso, pues todas las acciones y omisiones del personal de salud, ante sus peticiones, tuvieron una repercusión física en ella: “O sea, física sí porque lo que ellos hacían tenía una consecuencia física en mí. O sea, a ellos no les interesaba lo que yo estaba sintiendo. Entonces, la omisión también es parte de una acción. Entonces, sí fui maltratada físicamente” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las intervenciones médicas, muy comunes, durante el parto vaginal y que se considera una manifestación de violencia física es la episiotomía. Thelma, Fiorella y Corina aseguran que nunca se les ha realizado esta intervención. Al respecto Corina manifiesta que, en su caso, las parteras: “saben que la episiotomía no es un procedimiento que se tenga que realizar. No es nada necesario en un parto. Y solo lo hacen si es que, exclusivamente, es necesario” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022). La realización de enemas es otra de las manifestaciones de violencia física comunes durante el parto. Corina, Fiorella y Thelma aseguran que no se les realizó un enema en ninguna de las ocasiones.

Las maniobras violentas que carecen de evidencia científica y que solamente benefician el trabajo médico –como la Maniobra de Kristeller que se trata de una comprensión de abdomen– son otras de las manifestaciones de violencia física durante el parto (Vallana 2019). Corina, Thelma y Fiorella aseguran no haber sido víctimas de este tipo de prácticas violentas. Sin embargo, Fiorella recuerda que, si bien no hubo una presión física para acelerar su parto, sí hubo una presión verbal al respecto, lo que demuestra el poco respeto que se tiene desde la medicina hacia el proceso natural del parto y esto puede repercutir emocionalmente en ellas: “Sí he escuchado de eso de que se te suben, pero no, no, no. Para nada. En ninguno de los dos. (...) Nada, yo solita. Lo único que me dijeron es ‘puje, puje’, pero nadie se puso encima de mí, ni me topó el vientre para que baje más rápido. No, no” (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

Corina, por su parte, señala haber escuchado sobre este tipo de maniobras a través de las experiencias de otras mujeres, pero asegura que en el parto humanizado el respeto hacia el parto natural es esencial: “claro, se suben y te lo aplastan para que el niño descienda más rápido. No, el tema del parto en casa es que puedes demorarte el tiempo que sea necesario” (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

3.1.2.2.4. Puerperio

El puerperio es la etapa que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación posparto de la mujer (Bezares, Sáenz y Jiménez 2009). Al ser una etapa próxima al proceso de gestación, todas las violencias que confluyan en la misma, se tratan de manifestaciones de violencia ginecobstétrica. Según Vallana (2019), la violencia ginecobstétrica refiere a toda acción u omisión, por parte del personal de salud, durante los servicios ginecológicos y obstétricos, que ocasione cualquier tipo de daño (físico, emocional, psicológico, sexual o moral) en las mujeres usuarias de los mismos. Al igual que en la violencia ginecológica y obstétrica, la violencia ginecobstétrica se manifiesta a través de otros tipos de violencia: física, verbal, psicológica, sexual, simbólica, institucional y estructural.

La violencia simbólica durante el puerperio, al igual que en las otras etapas de gestación, se manifiesta también por la cosificación del cuerpo femenino. Una de las manifestaciones de violencia simbólica más común durante el puerperio es la anticoncepción y/o esterilización forzada, pues se trata de otra de las tantas formas de apropiación del cuerpo de las mujeres. Corina, Thelma y Fiorella aseguran no haber sido víctimas de esta práctica violenta. Sin embargo, Thelma y Fiorella (que tuvieron sus experiencias de parto en hospitales o clínicas)

señalan que se les insistió en cuanto a ambas intervenciones (anticoncepción y esterilización). Thelma, con respecto a la ligadura, recuerda: “me preguntaron varias veces. Y, de hecho, cuando me iban a hacer la cesárea, cierto, me vinieron a preguntar si quería que me ligen, les dije que no” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Así mismo, con respecto a la anticoncepción, recuerda que le mencionaron que tenía que salir del hospital con un método anticonceptivo:

No, me vinieron y me preguntaron que qué me iba a poner y que tenía que salir del hospital con eso, pero nosotros habíamos decidido que Jorge, mi pareja, se va a hacer la vasectomía. Entonces, le dijimos ‘no’ y solo les dije y nos dijeron: ‘¿Cuándo?’ y nosotros: ‘no sé, señora, acaba de nacer mi bebé, relájese’, así (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Fiorella recuerda haber sentido lo mismo que Thelma en cuanto a esta presión por parte del personal de salud hacia la anticoncepción o ligadura. No obstante, considera que se debe a una preocupación por parte de su médico hacia su salud sexual y reproductiva, lo que recae en una justificación a la apropiación de su cuerpo por parte del personal médico o, dicho de otra manera, a una aceptación de la hegemonía médica y, a su vez, de la dominación masculina:

Más bien, en el segundo, lo que sentí es un poco de presión por el doctor que me decía: ‘bueno, ya tiene su segundo hijo, ¿no quiere hacerse?’, cómo es esa cosa que te hacen, ‘ligarse’, y yo dije que no por ahora. Me dijo: ‘si quiere, tiene que hacerse un mes antes porque para de una vez aprovechar’. Bueno, pero mi doctor siempre, todo el tiempo me dice: ‘verá, tiene que cuidarse, verá, o sea, si no quiere tener hijos’ y eso (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022).

La violencia psicológica en la etapa del puerperio se puede manifestar mediante acciones que tal vez no se vean violentas a simple vista, pero que, en realidad, repercuten emocionalmente en las mujeres que acaban de parir. Una de las manifestaciones de violencia psicológica durante el puerperio refiere al impedimento de apego precoz entre la madre y el bebé sin motivo de emergencias médicas. Corina, Thelma y Fiorella señalan que, en todas sus experiencias, siempre se les ha pasado a sus bebés inmediatamente después del parto.

Thelma comenta que no tiene muchos recuerdos de ese momento, pero que sí recuerda haber visto, abrazado y besado a su bebé inmediatamente después del parto. Sin embargo, recuerda también que ese momento duró muy poco, pues acto seguido se la llevaron: “No tengo muchos recuerdos. A ver, lo que pasa es que me la dieron, le vi, le besé, le abracé, y después se la llevaron” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Según Thelma, lo que su pareja le comenta de ese momento es que se llevaron a la niña para revisarle sus signos

vitales, pero que a él no le mantuvieron informado sobre lo que estaba sucediendo con su hija, generándole mucha angustia:

Sí, me la pasaron rápido y tal, pero el Jorge me dice que cuando le estaban haciendo la revisión a la Manu (...) no le cogían bien para ver la saturación a la Manu y no le decían nada al Jorge. O sea, estaban como asustados, pero terrible porque el Jorge no sabía qué estaba pasando (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Corina, por parte, comenta que en sus dos partos pudo vivir esta experiencia de apego precoz de manera muy gratificante, pues en los partos humanizados que son llevados en casa por parteras, el protocolo es sumamente distinto al protocolo médico, pues no se extrae la placenta, ni se corta el cordón umbilical inmediatamente después del parto, sino que se demuestra un respeto absoluto al ritmo natural del cuerpo.

Sí. Y sabes que es súper distinto también al tema de los partos humanizados incluso en clínicas porque las parteras tienen un protocolo de esperar una hora después de que el bebé sale. Las parteras esperan una hora para que descienda la placenta, que es el tiempo que se demora la placenta en descender desde la parte diafragmática hasta tu suelo pélvico. Entonces, las parteras esperan eso y también esperan que el latido se adapte del cordón umbilical, que el latido del cordón pare. Y eso solo se acaba después de una hora. Entonces, en mis dos partos esperaron una hora antes de sacarme la placenta (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Otra de las manifestaciones de violencia psicológica durante el puerperio se trata del abandono por parte del personal de salud hacia las mujeres durante el posparto, sin otorgarles la información necesaria sobre lo que deben hacer con sus bebés, ni facilitarles ayuda con cosas como la lactancia. Thelma recuerda que, si bien se acercó una señora (que no sabe qué función tenía en el hospital) para enseñarle algunas cosas sobre la lactancia, no sintió que esta ayuda haya sido suficiente porque, además de que tenía otras dudas o preocupaciones de por medio que se quedaron sin resolver, el trato de las enfermeras fue bastante brusco, generándole demasiada ansiedad:

Lo que fue horrible en el hospital es que te dicen siempre que tienes que sacarle los gases a los guaguas (risas) y mi guagua nunca tuvo gases (risas), no sé, no sé por qué. Entonces, yo me desesperaba y lloraba porque no le salían los gases y pensaba que ¡le iba a dar algo! Entonces, yo le daba de lactar y le quería sacar y (risas) ¡no salía! Y las enfermeras me decían: ‘pero por qué llora, ya, hágale así, ya, por qué llora’ (simulación de grito) que no sé qué, horrible, así como el estereotipo de personas malvadas ahí (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

El no permitirles estar acompañadas por, al menos, una persona de su confianza refiere a otra manifestación de violencia psicológica hacia las mujeres puérperas en la etapa de posparto, pues esto genera en ellas una sensación de abandono y desesperación:

En donde no estuve acompañada fue ya cuando la bebé nació (...) Horrible, horrible, horrible (...) ella lloraba y yo no sabía qué hacer, yo no sabía si tenía que jugar, si ella tenía que estar dormida (risas), tenía que estar despierta, o sea ¡no tenía idea, estaba sola! (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Esta prohibición de compañía e, incluso, de recibir visitas se debe también a una manifestación de violencia institucional, pues es por medio de las políticas del establecimiento que se violenta de una u otra manera a las mujeres en sus diferentes etapas de gestación. Thelma señala que este tipo de políticas violentas le generaron tanto malestar emocional que prefirió mentir sobre su estado de salud y referir que ya se sentía bien para poder abandonar la institución:

Tuve que mentir que ya me sentía bien y ya fui a la casa con mis papás (...) Sí, yo ya no quería estar ahí. Yo no quería estar ahí porque, o sea, yo entiendo que hay diferentes necesidades, incluso del espacio, pero pudieran hacer algo porque que te quedes sola, con un bebé recién nacido y ¡con una cesárea!, o sea, es inhumano, es totalmente inhumano (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022).

Sin embargo, esta violencia institucional por parte de los establecimientos de salud, parte de una violencia estructural o violencia de Estado sobre las mujeres y sus cuerpos. Con respecto a las políticas o protocolos sobre el parto humanizado que hoy en día existe a nivel mundial, Corina considera que son cosas que no pasan de lo formal a lo sustantivo, es decir, son derechos que se han quedado escritos en papel y que no llegan a respetarse en la práctica, por lo que la violencia ginecobstétrica sigue perpetuándose, pero tal vez de una manera velada:

Verás, yo creo que todo se queda en papel (...) piensan que el parto solo es decirte que puedes acceder a cualquier posición a la que tú quieras y no es así. El parto tiene un montón de otras condiciones: el hecho de estar acompañada, el hecho de estar en un lugar en donde te sientas segura, que sea cálido, que tengas el tiempo suficiente para tu proceso de parto, que los pujos no sean inducidos, que no exista el uso de la epidural, que los comentarios de los médicos o de las enfermeras no sean comentarios que puedan bloquearte y hacerte generar adrenalina porque te dan ira o porque te sientes con miedo, yo qué sé. Entonces, creo que solo se ha quedado en la legislación. Con esto, te quiero decir que yo creo que no ha cambiado en nada los procesos de atención en cuanto a salud ginecobstétrica (entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022).

Corina, Thelma y Fiorella señalan que sí tienen conocimiento sobre lo que es la violencia ginecobstétrica. Sin embargo, solo Thelma se considera víctima de ella: “yo tuve un montón de violencia ginecobstétrica durante casi todo el embarazo con mi guagua y todo” (entrevista a Thelma, Quito, 5 de febrero de 2022). Fiorella, por su parte, señala que no cree haber sufrido realmente una violencia ginecobstétrica como tal, pues considera que esas pequeñas cosas o intervenciones que le resultaban un tanto incómodas, a la final eran necesarias que sucedan, tanto por su bienestar, como por el de su bebé (entrevista a Fiorella, Quito, 9 de febrero de 2022). Lo que, como ya se ha dicho en algunas ocasiones, da cuenta de la interiorización de las normas y creencias del sistema patriarcal en las mujeres, permitiendo la producción y reproducción de las distintas formas de violencia, así como la apropiación de nuestro cuerpo por un sistema misógino y masculinista.

3.1.3. Discusión

En este apartado se triangularán los datos obtenidos mediante la encuesta y la información recolectada a través de las entrevistas, con las categorías conceptuales que estructuran la presente investigación (violencia ginecobstétrica y percepción), con la finalidad de evidenciar los hallazgos más relevantes. A continuación, se presentarán estos hallazgos a manera de conclusión del presente capítulo.

La violencia ginecobstétrica hace referencia a toda acción u omisión por parte del personal de salud y administrativo, durante los servicios ginecológicos y obstétricos, que dejen secuelas emocionales, psíquicas, físicas, sexuales o morales en las mujeres usuarias de los mismos (Vallana 2019). Si bien no todas las mujeres han sufrido violencia obstétrica (pues no todas han pasado por un embarazo), todas han vivido a lo largo de su vida algún tipo de violencia ginecológica, ya sea mediante comentarios fuera de lugar o juicios de valor, que son las manifestaciones de violencia más veladas en estos espacios.

Sin embargo, en el presente estudio, solamente el 30,5 % de las participantes aseguran que han vivido malas experiencias durante los servicios ginecológicos y el 9 % no está seguro de ello, lo que significa que más de la mitad (60,5 %) de estas mujeres manifiesta nunca haber sido víctima de algún tipo de violencia durante los servicios de ginecología. Se podría pensar que esta percepción se debe a una falta de educación en las mujeres (que, de cierto modo, podría ser), no obstante, se debe, en mayor medida, a la interiorización de normas y creencias producidas por un sistema de estructura patriarcal que ha organizado el mundo a través de un

sistema sexo-género en el que las mujeres (y sus cuerpos) han quedado subyugadas frente a los hombres (Herrera 2008).

En este sentido, la naturalización y consecuente interiorización de normas, creencias y valores machistas sería la principal razón por la que las mujeres pasan por alto las diferentes manifestaciones de violencia ginecológica que existen (Herrera 2008). Sin embargo, la hegemonía médica y/o científica (que, de hecho, está fundamentada en la hegemonía masculina) también cumple un papel importante aquí, pues la posición de poder que se les ha otorgado a los profesionales de la salud permite, de cierta manera, que sus prácticas sean aceptadas o vistas como el deber ser, sin posibilidad de ser refutadas. Este sería el caso de Fiorella que, como se pudo notar, a pesar de contar con un cuarto nivel educativo, en diferentes ocasiones justificó las violencias ejercidas contra ella por parte del personal de salud por tratarse de un profesional que se supone sabe lo que hace.

Solamente el 79,9 % de las participantes del estudio respondieron a las preguntas relacionadas con los servicios obstétricos. De estas, la mayoría (55 %) considera que su experiencia en el área obstétrica ha sido buena. Sin embargo, en esta ocasión, se puede observar que la diferencia entre mujeres que consideran y no consideran haber vivido situaciones de violencia, no es tan grande como en el caso de la violencia ginecológica. Esto puede deberse a que la violencia en los espacios obstétricos es más notoria que aquella que se da en los espacios ginecológicos, debido a lo traumático que puede resultar la experiencia de parto, como en el caso de Thelma. Además que hoy en día existen diversos movimientos feministas y de mujeres dedicados a alzar su voz por la violencia obstétrica. Lo que no pasa con la violencia ginecológica, pues muy poco se habla de esta, incluso dentro de estos mismos movimientos sociales. Y como ya lo mencionaba Herrera (2008), para hacer visible una violencia primero es necesario nombrarla.

Otra de las razones por las que las mujeres participantes pasan por alto la violencia ginecobstétrica puede tener que ver con el tipo de establecimiento al que estas acuden, pues la mayoría de las mujeres que acuden a servicios de salud públicos señalan que han vivenciado cierto tipo de violencia, mientras que las que niegan haberlo vivido optan por la consulta particular dentro del sector privado o, incluso, por otro tipo de alternativas que no involucren al sistema de salud, como en el caso de Corina quien asegura no haber sido nunca víctima de violencia obstétrica, pero por el hecho de haber llevado sus partos en casa, junto con la ayuda de parteras, las mismas que resultaron ser figuras de acompañamiento sumamente importantes en los procesos de gestación, como se pudo observar en el caso de Thelma, Fiorella y Corina.

En resumen, la investigación evidencia que la violencia ginecobstétrica todavía está muy presente en los servicios médicos, sin importar el sector al que estos pertenezcan (público o privado), y está tan normalizada que, muchas veces, ni siquiera es percibida como violencia. Esta normalización de la violencia en espacios ginecológicos y obstétricos se evidencia en las respuestas de la encuesta, en donde una gran cantidad de mujeres afirma no haber vivido violencia ginecobstétrica y, a su vez, enlistan y detallan comportamientos abusivos y prácticas médicas violentas.

Los hallazgos demuestran que, para tener servicios ginecobstétricos de calidad, las mujeres recurren a consultas particulares en el sector privado, frente a una desconfianza y un mayor nivel de violencia en el sector público y en los servicios prestados directamente por los seguros privados. Esta tendencia demuestra, claramente, que la salud como derecho universal y, específicamente, la salud femenina, está lejos de alcanzarse en el Ecuador y que la violencia ginecobstétrica se vuelve así un problema, tanto de clase, como de género.

Conclusiones

La violencia ejercida contra las mujeres durante los servicios ginecológicos y obstétricos es uno de los tipos de violencia basada en género más comunes, pero más invisibilizados, debido al contexto (médico) en el que se desarrolla. Se trata de una problemática mundial que ha afectado a mujeres de todas las etnias, clases sociales, niveles educativos, edades, religiones u orientaciones sexuales. Refiere a un problema de salud pública que afecta la salud sexual y reproductiva de millones de mujeres a nivel global y de manera sistemática.

A pesar de esto, solo el 30,5 % de las mujeres usuarias de los establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito consideran que han tenido malas experiencias durante los servicios ginecológicos y el 19,8 % durante los servicios obstétricos. Sin embargo, reconocen en sus experiencias ginecobstétricas ciertas intervenciones o comportamientos abusivos por parte del personal de salud e, incluso, por parte del personal administrativo. La poca notoriedad de los eventos que resultan violentos en el contexto ginecobstétrico se debe, en mayor medida, a una interiorización de las normas impuestas por un sistema patriarcal.

Esta normalización de la violencia puede atribuirse también, en cierta medida, a la falta de acceso a la educación, pues el 74,2 % de las mujeres con estudios de nivel secundario aseguran nunca haber sufrido violencia ginecobstétrica. Sin embargo, más allá del privilegio en cuanto al acceso a la educación, se sigue tratando de una naturalización de lo establecido por un sistema social que ha organizado el mundo de manera desigual e inequitativa a través de un sistema sexo-género, en el que las mujeres han quedado relegadas de sus derechos como humanas, lo que conlleva una imposibilidad de decidir sobre sus propios cuerpos. Entonces, más allá del nivel educativo, parte de una falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos que poseen por el hecho de ser humanas.

La violencia ginecobstétrica está presente en todos los establecimientos de salud sin distinción del sector al que pertenezcan. Sin embargo, esta presencia se observa en mayor medida en establecimientos de salud públicos, pues el 46,1 % de las mujeres que acuden a los servicios de salud públicos relatan experiencias abusivas por parte del personal médico y administrativo, generando una preferencia al sector privado. No obstante, dentro de los tipos de instalaciones de este sector, la mayoría de las mujeres (62,4 %) prefiere acudir a consulta particular para recibir servicios ginecobstétricos, pues aseguran que, debido a la lógica mercantil, los seguros privados pueden resultar violentos también.

Esta preferencia hacia el sector privado, específicamente, hacia la consulta particular dice mucho sobre la precarización y la falta de acceso a la salud pública en el Ecuador, lo que ha provocado una privatización y mercantilización de la salud, dejando desprotegidas a aquellas mujeres de escasos recursos. Sin embargo, la salud de las mujeres, de manera general, se ve bastante vulnerada en cualquier tipo de establecimiento (sea público o privado), pues no existen suficientes políticas públicas y/o leyes que las protejan de la violencia en este campo. La ley más importante en el Ecuador sobre la protección de las mujeres frente a la violencia se trata de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM) que entró en vigencia apenas en febrero de 2018 y que, como muchas aseguran, no se ha puesto en práctica, quedando en una simple formalidad.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, uno de los protocolos más recientes es el denominado “Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, que estuvo vigente entre 2017 y 2021, y que tenía como finalidad promover la igualdad y el respeto de los derechos humanos en un marco de salud sexual y reproductiva (articulando el sistema nacional de salud ecuatoriano) y, a su vez, desarrollar estrategias que permitan implementar y modificar guías de salud sexual y reproductiva en el país. Sin embargo, se trata de leyes y protocolos que casi ninguna de las mujeres conoce y es este desconocimiento acerca de nuestros derechos y la normativa que, supuestamente, nos protege lo que nos sigue manteniendo vulnerables como mujeres.

Referencias

- Almonte, Gabriela. 2016. "Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino". *Revista Décsir* 2: 1-10.
- Álvarez, Paloma. 2017. "Algunas puntualizaciones acerca de los aportes clínicos de la teoría del trauma psíquico de S. Freud en la violencia gineco-obstétrica". *Boletín Científico Sapiens Research* 7(2): 26-38.
- Amnistía Internacional. 2022. "Derechos Sexuales y Reproductivos", 06 de marzo. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/>
- Amorós, Celia. 1997. *Tiempo de feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Amorós, Celia, y Ana De Miguel. 2020. "El feminismo como teoría crítica". En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*, de Celia Amorós y Ana De Miguel, 15-27. Madrid: Minerva Ediciones.
- Angulo, Paris, y Gracia Suárez. 2021. "Parir en tiempos de COVID-19: Aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia". *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses* 39: 36-44.
- Arias, Carmen. 2006. "Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas". *Horiz. Pedagóg* 8(1): 9-22.
- Ávila, María del Consuelo. 2021. "La violencia obstétrica: una violación grave a los derechos humanos de las mujeres". Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla.
- Belli, Laura. 2013. "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos". *Revista Redbioética/UNESCO* 1(7): 25-34.
- Bezares, Blanca, O Sáenz, y I Jiménez. 2009. "Patología puerperal". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 32(1): 169-175.
- 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 (USFQ).
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brandão, Thais, Sofía Cañadas, Alejandro Galvis, María Moreno de los Ríos, Magriet Meijer, y Kirsten Falcon. 2018. "Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador". *Wiley. International Federation of Gynecology and Obstetrics*: 1-5. Doi: 10.1002/ijgo.12625
- Brown, Josefina, Mario Pecheny, María Cecilia Tamburrino, Leandro Conde, Gabriela Perrota, Alejandro Capriati, Ana María Andía, Silvia Mario, y Inés Ibarlucia. 2014. "Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina". *Artigos* 18 (51): 673-684. Doi: 10.1590/1807-57622013.0049
- Cano, Virginia. 2019. "Imaginario sexual y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización". *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana* 33: 42-58.
- Cárdenas, Manuel, Stella Salinero, y Carmen García. 2020. "Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 80 (3): 187-196.
- Carreño, Jorge, y Claudia Sánchez. 2018. "Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación". *Perinatología y Reproducción Humana* 33: 37- 45. Doi: 10.24875/PER.M19000005
- Chesnaïs, Jean Claude. 1981. *Histoire de la violence*. París: Robert Laffond.

- Chugá, Rosa, Bélgica Lara, y Jairo Puetate. 2021. “Confinamiento: pesadilla para las mujeres víctimas de violencia de género durante la COVID-2019”. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores* 29: 1-16.
- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos). 2017. *Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Código de la Niñez y Adolescencia. 2003. Ley No. 100. Registro Oficial 737 de 03 de enero. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9503.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador. 2008. Registro Oficial No. 449 de 20 de octubre. <http://www.cec-epn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitución.pdf>
- Crespo, Delia, Bryan Sánchez, y Doménica Domínguez. 2018. “La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto”. *Polo del conocimiento* 3(7): 347-361.
- Cuevas, Fernanda. 2018. “Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género”. *Revista Némesis XIV – Problemáticas del Chile actual* 14: 88-111.
- Davis, Laura. 2008. “Reconocimiento Jurídico de los Derechos Sexuales – Un Análisis Comparativo con los Derechos Productivos”. *Revista Internacional de Derechos Humano* 8: 61-83.
- De Miguel, Ana. 2005. “La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género”. *Cuadernos de Trabajo Social* 18: 231-248.
- Díaz, Angie, y Leidy Giraldo. 2016. “Círculo de mujeres re-habilitando mi cuerpo, re-establecimiento mis vínculos”. Tesis de licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional.
- Díaz, Luis, y Yasna Fernández. 2018. “Situación Legislativa de la Violencia Obstétrica en América Latina: El Caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* 51: 123-143.
- Domenach, Jean-Marie. 1980. *La violence et ses causes*. París: UNESCO.
- Domínguez, Doménica, y Bryan Sánchez. 2018. “Percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil”. Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil.
- EPEN (El Parto es Nuestro – Ecuador). 2016. “El derecho a un parto humanizado de las mujeres en Ecuador. Hagamos un poco de historia”, 08 de junio. https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/06/08/el-derecho-un-parto-humanizado-de-las-mujeres-en-ecuador-hagamos-un-poco-de-historia?fbclid=IwAR2hfu39eVr7bXEwxTv8_bOCoztRMuKiMFgnm60estQwuZhlARXiv0dTpLE#comments
- 2019. “Violencia gineco-obstétrica, un paso más allá en la defensa de nuestros derechos”, 09 de diciembre. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/12/09/violencia-gineco-obstetrica-un-paso-mas-alla-en-la-defensa-de-nuestros-derechos>
- Facio, Alda. 2011. *La evolución de los derechos humanos de las mujeres en las Naciones Unidas*. ONU MUJERES.
- Galaviz de Anda, Jesús, Octavio Maza, y Carlos Prado. 2015. “La oculta violencia de la clínica ginecológica”. *Medicina Social* 10 (2): 55-66.
- Galeano, Angie, y Ana Vasquez. 2020. “Lo que hay detrás de los consultorios médicos epifanía de la violencia ginecobstétrica”. Tesis de licenciatura, Universidad De La Salle.
- García, Eva. 2018. “La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de

- usuarias y profesionales”. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- Garzón, Katherine. 2019. “Una mirada sociológica de la violencia gineco-obstétrica que se ejerce sobre las mujeres que han abortado en la ciudad de Quito”. Tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador (UCE).
- Gherardi, Natalia. 2016. *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas: CEPAL.
- Gorgoroso, Mónica, y Florencia Forrissi. S.f. “Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales”. En *Salud y Diversidad Sexual*, 135-146.
- Hernández, Tosca. 2002. “Des-cubriendo la violencia”. En *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*, 57-75. Buenos Aires: CLACSO.
- Herrera, María Marta. 2008. “La categoría de Género y la violencia contra las mujeres”. En *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*, de Elida Aponte Sánchez y María Luisa Femenías, 55-71. La Plata: EDULP.
- IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). 2022. “Quiénes somos”, 22 de julio. <https://www.iess.gob.ec/quienes-somos/>
- 2022. “Seguro de Salud”, 22 de julio. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/seguro-de-salud>
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2019. *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género con las Mujeres (ENVIGMU)*.
- Jaramillo, Francisco. 2019. “La atención de embarazo, parto y puerperio en el Ecuador y su relación con la violencia gineco-obstétrica”. Tesis de licenciatura, Universidad de las Américas (UDLA).
- Jojoa, Elisa, Yuler Cuchumbe, Jennifer Ledesma, María Cristina Muñoz, Adriana Paja, y Juan Pablo Suárez. 2019. “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible”. *Revista de la Universidad Industrial de Santander* 51(2): 135-146.
- Juanicotena, María Sofía. 2019. “Violencia obstétrica: percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos en maternidades de Montevideo”. Tesis de licenciatura, Universidad de la República.
- Keane, John. 2000. *Reflexiones sobre la violencia*. Madrid: Alianza editorial.
- Lagarde, Marcela. 2012. “La Construcción de las Humanas. Identidad de Género y Derechos Humanos”. En *El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías México*, 15-41. Ciudad de México: Inmujeres DF.
- Lemus, Luisa, y Katherine Cabrera. 2017. “Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica”. Informe de investigación, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Ley 129/1998. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Registro Oficial del Ecuador No. 381 de 10 de agosto. <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1731/Act%20ooo,%20official%20registry%20supplement%20523%20of%2009%20September%20of%201994.pdf>
- 2006. Registro Oficial Suplemento 349 de 05 de septiembre. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf
- Llobera, Rosa, Victoria Ferrer, y Xénia Chela. 2019. “Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido”. *Investigaciones Feministas* 10 (1): 149-184.
- LOIPEVM (Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres). 2018. Registro Oficial Suplemento 175, 05 de febrero.
- Martínez, Agustín. 2016. “La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio”. *Política y Cultura* 46: 7-31.
- Merino, Rubén. 2019. “La Comprensión de la Violencia de Género como Injusticia Estructural”. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* 14: 9-27.

- Molina, Juan Francisco, María Dolores López, Jorge Pereira, Eva María Pertusa, y Juan José Tarí. 2012. “Métodos híbridos de investigación y dirección de empresas: ventajas e implicaciones”. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa* 15: 55-62. doi: 10.1016/j.cede.2012.01.001
- Monroy, Sonia. 2012. “El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá”. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia.
- Montero, Leonardo, José Ayala, y Anthon Torres. 2019. “Violencia Obstétrica. Análisis Situacional de América Latina”. *Revista Médico Científica* 32: 1-2.
- Morales, Yessica. 2018. “Percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del centro materno infantil del cono norte y sur de la ciudad de lima”. Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2008^a. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Quito: MSP.
<https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20REDUCCI%C3%93N%20ACELERADA%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>
- 2008b. *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: CONASA
<https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>
 - 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
 - 2013. *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito: MSP. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
 - 2016. *Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal*. Quito: MSP
<http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
 - 2017. *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Olza, Ibone. 2014. “Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica”. *Revista Iberoamericana de Psicología*: 79-83.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=6ACE601F3C9E84538220EC3210D02C1B?sequence=1
- ONU (Organización de Naciones Unidas). 1995. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York.
- 1996. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Nueva York.
 - 2019. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*.
https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf

- Opazo, Damaris, Amanda Ramírez, y Casandra Chamorro. 2017. “Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán”. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales* 4 (2): 78-102.
- Pereira, Carlota, Alexa Domínguez, y Judith Toro. 2015. “Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente”. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 75(2): 81-90.
- Pintado, Sheila, Julio Penagos, y Marco Casas. 2015. “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica”. *Ginecol Obstet Mex* 83: 173-178.
- Puelles, Liset. 2019. “¿Quiénes cuidan nuestras vulvas y vaginas?”. Artículo científico, Universidad de Chile.
- Puleo, Alicia. 2004. “La violencia de género y el género de la violencia”. *Ponencia inédita*.
- Quattrocchi, Patrizia. 2018. “Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina”. *Género & Direito* 7(1): 20-46.
- Rae (Real Academia Española). 2020. “Percepción”, 29 de noviembre. <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
- Rangel, Yesica y Alexia Martínez. 2017. “Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México”. *Revista CONAMED* 22(4): 166-169.
- República de Chile – Senado. 2021. “Parto respetado y prevención de la violencia obstétrica: dos derechos que se quieren establecer por ley”, 14 de junio. [Ttps://www.senado.cl/noticias/derechos-de-las-mujeres/parto-respetado-y-prevencion-de-la-violencia-obstetrica-dos-derechos](https://www.senado.cl/noticias/derechos-de-las-mujeres/parto-respetado-y-prevencion-de-la-violencia-obstetrica-dos-derechos)
- Risco, Milagros. 2019. “Violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de la usuaria”. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo.
- Rodríguez, Lilia. S.f. “Derechos Sexuales y Reproductivos en el Marco de los Derechos Humanos”. *Fondo de Población de Naciones Unidas*: 1-20.
- Rosado, María Jesús, Francisco García, Eva Rodríguez, y Sara González. 2008. “La percepción de lo social. Análisis de los mensajes sociales”. *Prismasocial. Revista de ciencias sociales* 1: 1-46.
- Salgado, Judith. 2018. “Aportes teóricos del ecofeminismo latinoamericano y el feminismo comunitario de Abya Yala para la comprensión de los cuerpos/territorios”. Ponencia presentada en el Congreso Internacional *Cuerpos, territorios y despojos. La vida amenazada*, Universidad Andina Simón Bolívar, 19 de octubre.
- Scott, Joan. 1996. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En *El género. La construcción de la diferencia sexual*, compilado por M. Lamas, 265-302. Ciudad de México: PUEG.
- Secretaría de Salud. 2010. *Género y Salud en Cifras* 8(3). Ciudad de México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Segato, Rita. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- SNS (Sistema Nacional de Salud). 2007. *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: Sistema Nacional de Salud. https://www.healthresearchweb.org/files/118olíticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf
- Terán, Pablo, Carlos Castellanos, Mireya Gonzáles, y Damarys Ramos. 2013. “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73(3): 171-180.
- Red chilena contra la violencia hacia las mujeres. 2018. “Natasha Toledo: La violencia ginecobstétrica es una forma de controlar la vida sexual y reproductiva de las mujeres”, 21 de noviembre. <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/natasha->

toledo-la-violencia-ginecologica-es-una-forma-de-controlar-la-vida-sexual-y-reproductiva-de-las-mujeres/?fbclid=IwAR1JX-4ycHJ8jDVZulUFwbOI5dNOIvB1fTla5h7n10Q8vKqvwz7kwEFc6PU (último acceso: 28 de agosto de 2021).

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2021. *El enfoque basado en los derechos humanos*. <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2017. *Perspectiva de género*. Buenos Aires.

Vallana, Viviana. 2019. “”Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia”. *Revista Ciencias de la Salud* 17 (Especial): 128-144.

Varea, María Soledad. 2020. “Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador”. *Estado & comunes, revista de políticas y problemas públicos* 2(11): 79-98.

Vargas, Luz María. 1994. “Sobre el concepto de percepción”. *Alteridades* 4(8): 47-53.

Vivanco, Estefanía, María Alejandra Cueva, y Jordy Vásquez. 2019. “Fundamento y aplicabilidad de la ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres”. *Gestión, Ingenio y Sociedad* 3(2): 8-20.

Entrevistas:

Entrevista a Corina, Quito, 5 de febrero de 2022.

Entrevista a Thelma, Quito, 5 febrero de 2022.

Entrevista a Fiorella, Quito, 9 febrero de 2022.

Anexos

Anexo 1: Entrevista “Percepción de servicios ginecológicos y obstétricos de mujeres usuarias de establecimientos de salud públicos y privados de la ciudad de Quito, Ecuador”.

Datos Generales

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cómo definiría su orientación sexual?
4. ¿Cómo se autodefine étnicamente?
5. ¿Cuál es su nivel educativo?

Servicios Ginecológicos

6. ¿En dónde se atendió al menos una vez para revisión ginecológica?
7. Actualmente, ¿tiene un ginecólogo/a de referencia?
8. ¿A qué sector de salud pertenece su ginecólogo/a?
9. En su experiencia, ¿Se han dado grandes diferencias según el tipo de instalación en donde se atendió? ¿Por qué?
10. ¿Alguna vez ha pasado por una mala experiencia en consulta ginecológica? Describa su experiencia
11. ¿Alguna vez se ha sentido juzgada por su ginecólogo/a? ¿Sobre qué aspecto de su vida se sintió juzgada?
12. ¿Le han hecho comentarios de índole sexual?
13. ¿Ha recibido comentarios impertinentes sobre su aspecto físico?
14. ¿Se ha sentido infantilizada o invisibilizada?
15. ¿Le han realizado tactos inapropiados o reiterados?
16. ¿La han lastimado físicamente?
17. ¿Le han realizado exámenes ginecológicos sin previo aviso y sin explicarle su función?
18. ¿Han tenido en consideración su voluntad al momento de decidir qué examen o tratamiento realizar?
19. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza o chantaje por parte del personal de salud?
20. ¿Considera haber sido abusada sexualmente por algún miembro del personal de servicios ginecológicos?
21. ¿Ha tenido algún embarazo?
22. ¿Alguna vez le ha sido negada la información con respecto a anticonceptivos?
23. ¿Ha tenido algún aborto? (espontáneo o inducido)
24. De haber tenido algún aborto, ¿buscó ayuda ginecológica u obstétrica?
25. Si buscó ayuda médica durante un aborto, ¿considera que recibió un trato respetuoso y profesional? Describa, por favor.

Servicios obstétricos

26. ¿Cómo considera que ha sido su experiencia en el área obstétrica?
27. ¿En qué tipo de instalación médica se atendió?
28. Durante su embarazo, ¿le dieron la información necesaria sobre su proceso de gestación, de manera clara y comprensible?
29. Durante la labor de parto y el parto, ¿se sintió segura y acompañada?

30. Durante la labor de parto y el parto, ¿sintió que escuchaban sus deseos y opiniones y que podía preguntar si tenía alguna duda?
31. Durante la labor de parto y el parto, ¿le permitieron moverse libremente?
32. Durante la labor de parto y el parto, ¿le permitieron estar acompañada por al menos una persona de su elección?
33. Durante la labor de parto y el parto, ¿le dejaron escoger la posición de parto?
34. Durante la labor de parto y el parto, ¿sabía que se podía escoger la posición para parir?
35. Durante la labor de parto y el parto, ¿se sintió maltratada física o emocionalmente por el personal de salud?
36. Durante la labor de parto y el parto, ¿se sintió humillada de cualquier forma por parte del personal de salud?
37. Durante la labor de parto y el parto, ¿hubo insultos o maltratos verbales por parte del personal de salud?
38. Durante la labor de parto y el parto, ¿hicieron comentarios sobre su vida sexual?
39. Durante la labor de parto y el parto, ¿recibió algún tipo de amenaza por el personal de salud? (aislamiento, demora en administración de anestesia o analgésicos)
40. Durante la labor de parto y el parto, ¿se sintió invisibilizada? ¿Como si no tomaran en cuenta su opinión y/o su sentir?
41. Durante la labor de parto y el parto, ¿el personal de salud respetó su intimidad?
42. Durante la labor de parto y el parto, ¿considera que su cuerpo y genitales fueron más expuestos de lo necesario?
43. Durante la labor de parto y el parto, ¿los tactos vaginales fueron realizados de manera repetitiva y por más de una persona?
44. Con respecto a las intervenciones médicas, ¿le explicaron la razón y el procedimiento de cada intervención?
45. ¿Le preguntaron si podían intervenir de una u otra manera?
46. ¿Considera que, en cierta medida, pudieron haberle influenciado o forzado (mediante amenazas o amedrentamiento) para que acceda a ciertas intervenciones como cesáreas?
47. ¿Adoptaron alguna medida para impedir que se moviera durante el parto?
48. ¿Le realizaron una episiotomía (corte en el perineo)?
49. ¿Le realizaron un enema y le rasuraron?
50. ¿Le realizaron algún tipo de maniobra que considere innecesaria como la maniobra de Kristeller (compresión de abdomen)?
51. ¿Le explicaron el porqué de estas medidas?
52. ¿Pidieron su consentimiento antes de realizar cualquier intervención?
53. ¿Le pusieron algún anticonceptivo o la esterilizaron después del parto sin su consentimiento?
54. ¿Le permitieron vivir la experiencia de apego precoz con su bebé (si no había complicaciones médicas que lo impidan) inmediatamente después del parto?
55. ¿Le facilitaron u ofrecieron ayuda para que pudiera dar de lactar?
56. ¿Tiene alguna otra cosa que mencionar?
57. ¿Conoce de qué se trata la violencia ginecobstétrica?
58. ¿Considera que fue víctima de esta?

Gracias por su participación.

Nota: Esta solamente fue una guía para la entrevista, pues con cada una de las participantes, se fue agregando o disminuyendo preguntas, de acuerdo con el curso de la entrevista.

Anexo 2: Consentimiento Informado

**Consentimiento informado para participación en entrevista de la investigación
“Violencia Ginecobstétrica en Ecuador: Percepción de las mujeres sobre los servicios
ginecológicos y obstétricos de la ciudad de Quito”**

Yo, _____, con cédula de identidad _____, acepto participar libre y voluntariamente en la investigación académica “Violencia Ginecobstétrica en Ecuador: Percepción de las mujeres sobre los servicios ginecológicos y obstétricos de la ciudad de Quito”, realizada por Paulina Alejandra Lara Román, con cédula de identidad 0201668837 con el fin de obtener el título de Especialista en Género, Violencia y Derechos Humanos por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede Ecuador.

Reconozco que se me ha explicado la finalidad de la presente investigación, la cual consiste en conocer las distintas percepciones de las mujeres usuarias de los servicios ginecológicos y obstétricos de los diferentes establecimientos (públicos y privados) de la ciudad de Quito. Tengo entendido que los resultados de la presente investigación serán publicados en la Biblioteca de FlacsoEc una vez finalizada la redacción de la tesina. Con respecto a la confidencialidad, reconozco que se me ha explicado todo lo referente a la misma, asegurándome discreción con respecto a los datos proporcionados y brindándome la total libertad de no entregar información que no considero necesaria. Así mismo, sé que puedo retirarme de la presente investigación cuando lo requiera. Finalmente, consiento que la entrevista sea grabada y utilizada, únicamente, con fines académicos.

Firma