

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2018-2020

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

Procesos de naturalización de la violencia gineco-obstétrica en las prácticas médicas  
utilizadas

Irina Elizabeth Marín Luna

Asesora: Carolina Borda Niño

Lectores: María Gabriela Cabezas y Soledad Varea

Quito, octubre de 2021

Por todos los anhelos cumplidos

Nada es imposible, alcanzar los sueños solo puede tardar un poco más de tiempo.

## **Epígrafe**

"Nada en la vida debe ser temido, solamente comprendido. Ahora es el momento de comprender más para temer menos" Marie Curie.

## Tabla de contenidos

Resumen .....	VIII
Agradecimientos.....	IX
Introducción .....	1
1.1    Antecedentes.....	1
1.2    Objetivos.....	5
1.2.1    Objetivo General .....	5
1.2.2    Objetivos Específicos .....	6
1.3    Estrategia metodológica.....	6
1.4    Aspectos éticos de la investigación .....	8
1.4.1    Aspectos éticos durante la fase de formulación .....	8
1.4.2    Aspectos éticos durante la fase de terreno.....	8
1.4.3    Aspectos éticos en la escritura y la socialización de la información y los.....	9
resultados.....	9
Capítulo 1 .....	10
Introducción .....	10
1.1    Género y violencia contra las mujeres.....	11
1.2    Marco Normativo internacional y nacional .....	14
1.3    Contando experiencias y visibilizando lo normalizado .....	18
1.4    Conclusiones.....	21
Capítulo 2 .....	23
Lo que ya se ha dicho .....	23
Introducción .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1    Violencia como respuesta de un sistema patriarcal .....	23
2.1.1    Cuerpos, sujetos vs. Objetos .....	24
2.1.2    Atenciones gineco-obstétricas y expresiones de violencia .....	27
2.1.3    Mujeres resistiendo a la violencia gineco-obstétrica.....	29
2.2    Sujetos con el poder, mujeres objeto .....	30
2.2.1    Los profesionales de la salud y el poder en sus manos .....	31
2.2.2    Estado y sus normas instauradas que se convierten en violencia.....	32
2.2.3    Mi cuerpo en disputa .....	33
2.3    Sociedad cosificando género .....	34

2.3.1	Reproducción, maternidad y otras cosas de mujeres.....	34
2.3.2	Prácticas habituales que vulneran los derechos de las mujeres.....	35
2.4	Conclusiones.....	37
Capítulo 3	.....	38
Mi cuerpo y mi parto son míos.....		38
Introducción .....		38
3.1	Diferencia en atenciones, igualdad en agresiones .....	38
3.2	Cuerpo vulnerado, mujer sinónimo de reproducción y maternidad .....	42
3.3	Mi historia en mis partos .....	51
3.4	Conclusiones.....	56
Capítulo 4	.....	58
El poder en sus manos, formación y rutina de profesionales de la salud.....		58
Introducción .....		58
4.1	Aprendiendo en otros cuerpos, ¿Cómo aprenden los profesionales de la salud?,.....	59
	¿Cómo fue su formación?.....	59
4.2	¿Qué dice la normativa que regula las atenciones ginecológicas y obstétricas? .....	67
4.3	Profesionales de la salud cuentan sus experiencias en su cotidianidad .....	69
4.4	Conclusiones.....	73
Capítulo 5	.....	76
Analizando y Concluyendo .....		76
5.1	Investigando en Pandemia .....	76
5.2	Vivencias de mujeres.....	76
5.3	Desde su formación a la atención .....	77
5.4	Lo que vendrá .....	80
Anexos.....		81
Lista de referencias.....		95

## **Ilustraciones**

### **Gráficos**

Gráfico 1. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional .....	19
Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel...20 nacional, por tipos de violencia, a lo largo de la vida .....	20
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel...21 nacional, por tipos de violencia, en los últimos 12 meses.....	21
Gráfico 4. Prevalencia de la violencia gineco-obstétrica de mujeres de 15 años y más.....39 a lo largo de la vida .....	39
Gráfico 5. Prevalencia de la violencia obstétrica de mujeres de 15 años y más a lo.....40 largo de la vida .....	40
Gráfico 6. Prevalencia de la violencia ginecológica y obstétrica contra las mujeres.....40 a lo largo de la vida .....	40
Gráfico 7. Prevalencia de la violencia obstétrica contra las mujeres a lo largo de la vida .....	41
Gráfico 8. Profesionales de la salud por sector .....	63
Gráfico 9. Número de nacidos vivos, atendidos por obstetrices, según tipo dex..... 64 establecimientos de salud .....	64

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

Yo, Irina Elizabeth Marín Luna, autora de la tesis titulada “Procesos de naturalización de la violencia gineco-obstétrica en las prácticas médicas utilizadas” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

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

Quito, octubre de 2021



---

Irina Elizabeth Marín Luna

## **Resumen**

En esta investigación se identifican y analizan, desde una perspectiva etnográfica y estadística, las prácticas médicas que vulneran los derechos de las mujeres en las atenciones ginecológicas y obstétricas realizadas en establecimientos de salud públicos y privados.

La percepción de las mujeres sobre sus experiencias durante las atenciones ginecológicas y obstétricas es central en la elaboración del argumento. Para realizar un análisis integral de esta problemática se integró la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos. Se utilizó los resultados de la “Encuesta Nacional de Violencia de Género contra las Mujeres” realizada en Ecuador en el 2019. Adicionalmente se realizaron entrevistas semiestructuradas para conocer la percepción de un grupo de mujeres que asistieron a consultas ginecológicas y obstétricas. Complementariamente y de manera novedosa para la línea de estudios en violencia gineco-obstétrica, propongo una mirada autobiográfica para presentar, en primera y tercera persona, cómo lo personal es también político.

Por otro lado, conocer el proceso de formación que tienen los profesionales de la salud que están inmersos en este tipo de atenciones es importante, por lo que se analizaron las normativas y mallas curriculares, así como, conocer a través de entrevistas semiestructuradas la percepción de los estudiantes y profesionales de las carreras de medicina y afines.

El estudio concluye que existen prácticas médicas que vulneran los derechos de las mujeres. Estas prácticas al no tratarse de expresiones de violencia explícitas como insultos, golpes, patadas, abusos o violaciones sexuales no han sido reconocidas como formas de violencia. Estas acciones han sido invisibilizadas y naturalizadas, aun cuando son procedimientos que incomodan e infringen la intimidad de las mujeres.



## **Agradecimientos**

Este proyecto de investigación ha sido parte de mi proyecto de vida. Por lo que mi agradecimiento es para mi familia, a mis padres por su apoyo, a mis hijos por siempre creer en mí y ser mi inspiración en cada proyecto que emprendo.

Agradezco a todas las personas con las que tuve la oportunidad de coincidir, a mis compañeras de maestría por todo lo vivido, y a mis maestras por todo lo aprendido. Mi agradecimiento especial y de corazón a mi asesora Carolina Borda, por toda su dedicación, paciencia y tiempo. No solo fue una guía, sino una compañera en este proceso.

A las mujeres que me permitieron conocer más sobre ellas y que son parte de esta investigación, que se dieron tiempo para contar parte de su historia.

A FLACSO, por aceptar mi postulación para emprender lo que para mí se convirtió en un reto personal y profesional, por darme la oportunidad de aprender y conocer mucho más.

## **Introducción**

### **1.1 Antecedentes**

Todo proyecto de investigación tiene una motivación y una razón de ser concebido, en mi caso ha sido un complemento para mi formación como mujer y profesional. Como mujer porque transcurridos los años y varias experiencias en mi vida he concientizado las desigualdades y el doble y triple esfuerzo que debemos hacer las mujeres para alcanzar nuestros anhelos, por ejemplo, avanzar y concluir con los estudios, para posteriormente conseguir un trabajo digno. Es así como, gracias a las actividades encomendadas en la institución pública en la que prestaba mis servicios tuve la oportunidad de estar a cargo de la temática de género en lo que a información estadística se refiere. Esto me permitió conocer más sobre una realidad que si bien era mi pan de cada día, yo la había naturalizado, pensaba que son acciones usuales y normales que suelen suceder. Es habitual que los hombres tengan más libertades y oportunidades, pues tienen la facultad para hacer todo, estudiar, trabajar, divertirse. Mientras tanto las mujeres son las encargadas de las tareas de la casa y del cuidado de los hijos, al menos así ha sido como se manejaban los repartos de responsabilidades en mi entorno personal.

Por otro lado, en mi ámbito profesional en calidad de responsable de la segunda encuesta de violencia de género contra las mujeres realizada en el año 2019, me surgieron muchos cuestionamientos a medida que íbamos trabajando con el equipo técnico el instrumento de recolección que se iba a utilizar en la mencionada encuesta. Al elaborar las preguntas que se iban a realizar a las mujeres respecto a la violencia gineco-obstétrica y las analizaba de acuerdo con mis experiencias pude darme cuenta, que yo misma había dado por sentado cada uno de los hechos ocurridos, todo justificaba, era validado y valeroso a la hora de ser madre. Adicionalmente a las razones antes mencionadas, que han sido las que han impulsado realizar esta investigación, también considere que sería de gran importancia analizar los cuestionamientos que surgen a partir de los resultados encontrados, mismos que me ayudaran a identificar las expresiones generadas en las atenciones gineco-obstétricas. Los hallazgos que se puedan detectar serán una contribución y bien podrían ser considerados para una próxima medición o en cualquier nuevo estudio sobre la temática.

La violencia de género contra las mujeres es un problema que ha ocurrido a lo largo de la historia en todas las sociedades y culturas, por lo que se ha llegado a visibilizar como un

fenómeno que involucra a la población en general, que, si bien en su mayor parte ocurren en el ámbito privado en el ambiente familiar, también se los evidencia en el ámbito público. La violencia de género ha afectado principalmente a las mujeres, disminuyendo significativamente su calidad de vida.

En 1994, se realizó en Belem do Para la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer”, en esta reunión se define por violencia contra la mujer, “Cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o su sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado” (OAS 1994, 1).

En base a lo antes mencionado, existen varias expresiones que se han identificado como violencia contra las mujeres, y se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, como, por ejemplo, el ámbito educativo, laboral, familiar, social. Además, se pueden generar en distintas situaciones, como, algunas de las prácticas médicas utilizadas en las atenciones ginecológicas y obstétricas que se han convertido en manifestaciones de violencia contra las mujeres<sup>1</sup> (OMS 2019).

Considerando los antecedentes antes mencionados y conscientes de esta realidad y después de años de lucha de instituciones y colectivos de mujeres, en el Ecuador se aprobó la “Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres” el 5 de febrero

---

<sup>1</sup> muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante todo el periodo de gestación y durante el parto en centros de salud, que no sólo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

de 2018, reconociendo las expresiones de violencia antes investigadas, así como otras nuevas expresiones de violencia: política,<sup>2</sup> simbólica,<sup>3</sup> y gineco-obstétrica.<sup>4</sup>

Según los resultados de la primera encuesta de violencia que se realizó en el Ecuador en el año 2011, 6 de cada 10 mujeres ecuatorianas, dijeron haber experimentado algún hecho de violencia de género alguna vez en su vida. La información fue actualizada en la segunda medición de la citada encuesta misma que fue ejecutada en el año 2019 y cuyos resultados indican que 65 de cada 100 mujeres mencionaron haber experimentado algún hecho de violencia alguna vez en su vida y 32 de cada 100 en los últimos 12 meses (INEC 2019), a partir de esta información el Estado ha visto la necesidad de crear políticas públicas para hacer frente a este grave problema con el fin de prevenir y reducir los índices de violencia contra las mujeres en el Ecuador.

En este sentido y refiriéndonos a la violencia gineco-obstétrica, al no tratarse de agresiones comunes como insultos, ofensas o más visibles, como golpes, patadas o más graves como abusos o violaciones sexuales, las expresiones de violencia obstétrica se han reproducido en atenciones ginecológicas, obstétricas y en abortos, sin reconocer este tipo de prácticas médicas como expresiones de violencia. Todas las mujeres tenemos derecho a recibir

---

<sup>2</sup> Violencia Política: Es aquella violencia cometida por una persona o grupo de personas, directa o indirectamente, en contra de las mujeres que sean candidatas, militantes, electas, designadas o que ejerzan cargos públicos, defensoras de derechos humanos, feministas, lideresas políticas o sociales, o en contra de su familia. Esta violencia se orienta a acortar, suspender, impedir o restringir su accionar o el ejercicio de su cargo, o para inducirla u obligarla a que efectúe en contra de su voluntad una acción o incurra en una omisión, en el cumplimiento de sus funciones, incluida la falta de acceso a bienes públicos u otros recursos para el adecuado cumplimiento de sus funciones.

<sup>3</sup> Violencia Simbólica: Es aquella violencia cometida por una persona o grupo de personas, directa o indirectamente, en contra de las mujeres que sean candidatas, militantes, electas, designadas o que ejerzan cargos públicos, defensoras de derechos humanos, feministas, lideresas políticas o sociales, o en contra de su familia. Esta violencia se orienta a acortar, suspender, impedir o restringir su accionar o el ejercicio de su cargo, o para inducirla u obligarla a que efectúe en contra de su voluntad una acción o incurra en una omisión, en el cumplimiento de sus funciones, incluida la falta de acceso a bienes públicos u otros recursos para el adecuado cumplimiento de sus funciones.

<sup>4</sup> Violencia gineco-obstétrica: Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.

cuidados de salud, en los que se incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en sus consultas ginecológicas y obstétricas (del embarazo, del parto, post parto), así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Algunos países de la región como México y Bolivia han incluido dentro de sus encuestas, preguntas relacionadas con violencia obstétrica, así mismo se han realizado estudios sobre este tipo de violencia en Argentina, Brasil, Ecuador, etc. No obstante, estos estudios han estado vinculados con el análisis de normativas, o con la realización de entrevistas en establecimientos de salud públicos.

En el Ecuador a partir de la aprobación de la “Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres - LOIPEVCM”, reconoció la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia, por lo que se incluyó en la encuesta nacional categorías que dan cuenta de las expresiones de esta violencia, y que se podrían ratificar con entrevistas a mujeres que acudieron a este tipo de consultas.

En base a lo mencionado anteriormente, es necesario investigar cómo se ha desarrollado el poder que ejercen los médicos, obstetras y enfermeras, desde su formación en ciertas prácticas que fueron normalizadas, receptando la instrucción en procedimientos que vulneran los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Además, es importante visibilizar y entender las diferencias que se pueden dar en temas tan cotidianos como las atenciones médicas, y que nos muestran las desigualdades y discriminaciones que se pueden generar, dependiendo del lugar en el que se realiza la atención o de las características de la mujer, como su etnia, clase u orientación sexual.

En este sentido la pregunta que ha sustentado mi proyecto de investigación es:

¿Cómo se han normalizado y naturalizado las prácticas médicas que vulneran los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en las atenciones gineco-obstétricas?

Y las preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las manifestaciones de violencia que las mujeres ecuatorianas han recibido en las atenciones gineco-obstétricas, de acuerdo con las investigaciones realizadas?

- ¿Cómo se realiza la formación de los profesionales de la salud, respecto a las prácticas médicas ginecológicas y obstétricas, de acuerdo con sus experiencias en los establecimientos educativos?

El conocimiento de este tipo de violencia analizada en varias dimensiones servirá para adentrarse en antiguas formas de vulneración en el ámbito de la salud, que serán visibilizadas y reconocidas como violencia, y servirán para generar políticas públicas que ayuden a erradicarlas.

Si bien es cierto se han realizado algunos estudios sobre violencia obstétrica que han analizado diferentes aspectos, sin embargo, como se mencionó en párrafos anteriores, es reciente el reconocimiento de este tipo de violencia en el Ecuador, misma que se encuentra incluida a partir de la aprobación de la ley citada anteriormente.

En este sentido y sin desmerecer los estudios que preceden esta investigación, he realizado un análisis complementario, a partir de los datos de una investigación oficial y nacional, con entrevistas cualitativas a mujeres que hayan recibido atenciones ginecológicas u obstétricas. Además de las conversaciones mantenidas con estudiantes y profesionales de la salud. También ha sido importante conocer las normativas que regulan estas atenciones.

Comparar los resultados de investigaciones cualitativas realizadas a mujeres que hayan asistido a consultas ginecológicas, con la información obtenida a partir de la encuesta nacional, ayudaran a analizar estos hechos desde varias perspectivas. Así también, las entrevistas a los médicos, sobre este tipo de expresiones que se han legitimado, aun cuando vulneran los derechos de las mujeres.

Con estos antecedentes me he planteado los siguientes objetivos:

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Analizar las manifestaciones de violencia que se pueden generar en atenciones ginecológicas y obstétricas, desde las experiencias de mujeres en este tipo de consultas médicas, comparándolos con los resultados de la encuesta nacional de violencia.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar las expresiones de vulneración de los derechos de las mujeres a partir de la investigación cuantitativa y cualitativa, de la encuesta de violencia y de entrevistas a mujeres que han recibido estas atenciones en establecimientos de salud públicos y privados.
- b) Entender la manera en que profesionales de la salud han sido formados, en las prácticas médicas ginecológicas y obstétricas en distintas universidades.

### **1.3 Estrategia metodológica**

La propuesta metodológica que he utilizado es a partir de la *técnica cuantitativa y la cualitativa*, tomando como base las entrevistas semiestructuradas realizadas a las mujeres, considerando los resultados obtenidos en la encuesta nacional de violencia contra las mujeres, de las categorías que se encuentran consideradas como prácticas de violencia en atenciones ginecológicas, obstétricas y una auto biografía. En lo que se refiere a los profesionales de salud realice entrevistas a estudiantes de medicina y médicos y obstétricas, estas han sido complementadas con la revisión de las normativas establecidas para este tipo de atenciones. Este documento se encuentra organizado de la siguiente manera:

El capítulo 1, estará dedicado a los antecedentes, en el segundo capítulo revisaré el marco teórico en el que se encuentra sustentada la presente investigación. En el tercer capítulo analizaré la percepción de las mujeres en las atenciones ginecológicas y obstétricas, ha sido de interés incluir en mi tesis y en cada una de las metodologías que he ejecutado, evidenciando la interseccionalidad. Por esta razón he procurado realizar las entrevistas a mujeres de diferente condición social, lugar de residencia y etnia, que hayan asistido a consultas en establecimientos de salud públicos y privados, con profesionales de la salud que atiendan en diversos centros de asistencia médica. Además, aprovechando los resultados de la encuesta nacional de violencia ejecutada en los meses de julio y agosto de 2019 en todo el Ecuador, analizare las cifras sobre los hechos indagados sobre esta temática, considerando las condiciones sociodemográficas y étnicas de las mujeres.

A partir de las *entrevistas semiestructuradas* (Ver Anexo 2) que se realizaron a mujeres que recibieron atenciones ginecológicas y obstétricas en establecimientos de salud privados y públicos, se preguntaron sobre las expresiones de violencia que pudieron haber

experimentado las mujeres, también se identificaron las diferencias producidas entre los dos tipos de establecimientos de salud. Asimismo, y para completar la investigación y como ya lo había mencionado anteriormente, he querido compartir mi percepción desde mis propias experiencias, para lo cual, he incluido mi auto biografía de lo experimentado en este tipo de atenciones.

Para el cuarto capítulo planifique estudiar a los profesionales de la salud desde varios escenarios. En primera instancia, considere importante indagar a través de entrevistas (Ver Anexo 3) sobre la formación que recibieron durante sus años de estudio. Analizar la formación que recibieron los profesionales de la salud en sus centros educativos, sean estos públicos o privados, es de vital importancia, pues estas prácticas serán las que se instauren en sus atenciones.

Por otro lado, también aprovechando las mismas entrevistas averigüé a los médicos (Ver Anexo 4) sobre sus experiencias y sus percepciones en las atenciones gineco-obstétricas. Es importante conocer cómo perciben los profesionales de la salud, desde sus competencias las prácticas médicas que se desarrollan en las consultas ginecológicas y obstétricas.

Y para finalizar este capítulo fue necesario analizar la normativa existente para este tipo de consultas médicas. Es necesario *revisar las reglas existentes*, los procedimientos instaurados y el poder que ejercen los profesionales de salud, amparados en las normas establecidas para este fin. Además, es importante investigar y examinar las normas y políticas instituidas por el estado que se transforman en expresiones de violencia. Por otro lado, será importante cotejar con las categorías que se investigan en la encuesta, así como con las variables que hacen referencia al lugar de en el que se realizó la atención.

De esta manera he querido incluir en la presente investigación varios tipos de técnicas que puedan dar fe de las vivencias propias y ajenas que nos ayuden a entender este tipo de manifestaciones. Así como también analizar la formación y las vivencias de los profesionales de la salud, entender desde su punto de vista las percepciones que tienen sobre estas manifestaciones que se convierten en expresiones de violencia.



## **1.4 Aspectos éticos de la investigación**

### **1.4.1 Aspectos éticos durante la fase de formulación**

El primer aspecto para tomar en cuenta es el objetivo mismo de la investigación que ayudará a identificar de mejor manera este tipo de violencia, al que aún no estamos acostumbrados analizar. Al considerar las técnicas que se llevarán a cabo para la ejecución de la presente investigación, es importante tomar en cuenta la representatividad de los resultados de la violencia ginecológica y obstétrica que se obtendrá en la encuesta nacional.

Otro de los aspectos para tener en cuenta fue la selección de profesionales de la salud, así como de mujeres que hayan recibido atenciones ginecológicas y obstétricas, sin inducir al reconocimiento de estas prácticas utilizadas como violencia.

### **1.4.2 Aspectos éticos durante la fase de terreno**

Dado que uno de los insumos principales para el desarrollo de esta investigación es la encuesta nacional de violencia contra las mujeres, se debe considerar que se trata de una encuesta, realizando la selección de las viviendas por muestreo, por lo que es importante analizar los datos obtenidos a partir de la mencionada operación estadística, pues estos deberán tener representatividad, es decir, se debe tomar en cuenta la información que se puede utilizar.

Con el fin de dar a conocer la investigación a las/os entrevistadas/os, aplique consentimientos informados (Ver Anexo 1) tanto para los profesionales de la salud, como para las mujeres y los estudiantes de medicina. De igual manera realice preguntas efectivas que promuevan el buen desarrollo de la conversación.

Fue fundamental cuidar el momento de plasmar datos de mi auto biografía para no salir del esquema planificado. Por otro lado, fue relevante realizar la revisión eficiente de las mallas curriculares utilizadas por diferentes establecimientos de educación superior.

Sobre todo, fue necesario mantener objetividad en cada proceso llevado a cabo en la investigación, sean estos, al analizar los resultados de la encuesta, en la realización de las entrevistas, el momento plasmar datos auto biográficos y revisar la documentación de las normas y mallas curriculares.

### **1.4.3 Aspectos éticos en la escritura y la socialización de la información y los resultados**

Para el momento de emitir resultados, los análisis han sido lo más objetivos posibles.

También he cuidado que el lenguaje sea sencillo y entendible, y la descripción de estos sean lo más claros posibles, es importante no omitir detalles que puedan dar cuenta de hallazgos importantes para los lectores.

La objetividad ha sido de las cosas primordiales que tendré muy en cuenta. El cuidar la confidencialidad de la información es de vital importancia considerando lo sensible de la información. Ante todo, cuidaré la información reservada proporcionada por los entrevistados y las entrevistadas, por esta razón he utilizado seudónimos para identificar a las y los entrevistados. Si bien es cierto la información de la encuesta es pública, el buen uso de esta es de extrema importancia.

## **Capítulo 1**

### **Introducción**

El presente capítulo tiene como objetivo general dar revisión a conceptos claves como género, violencia hacia las mujeres, así como revisar las legislaciones tanto nacionales como internacionales, en torno a dicha problemática. En ese sentido, también explora los antecedentes y las razones que me llevaron a pensar un problema de investigación desde mi propia perspectiva. Por, ello realizo un recorrido por las diferentes expresiones de prácticas médicas que, en la actualidad, se han reconocido como manifestaciones de violencia gineco-obstétrica.

Este capítulo estará dividido en tres secciones. La primera revisa las diferentes definiciones en torno al género, la violencia contra las mujeres, violencia gineco-obstétrica. Posteriormente se revisará las normativas internacionales y nacionales, y con el fin de vincular con la parte metodológica ha sido fundamental incluir las experiencias de las mujeres y profesionales de la salud que nos ayudaran a comprender los procesos que se encuentran normalizados.

La violencia gineco-obstétrica se manifiesta en las practicas medicas instauradas que se construyen y perpetúan a través de las vulneraciones de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. En ese ese sentido, en necesario identificar las desigualdades de género que se normalizan y transmiten, para comprender la permanencia de la violencia gineco-obstétrica en la actualidad. Para ello, es necesario partir definiendo el género, puesto que cobra total relevancia para nuestro problema de investigación.

Las organizaciones internacionales han sido quienes han creado normativas internacionales en diferentes temáticas Por mencionar la Organización Mundial de la Salud “OMS” afirma que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad" (Cook 1995, 351).

Además, dichas organizaciones son las encargadas de velar por el cumplimiento de estas, instando a los estados a trabajar en la protección y el interés de la salud de las mujeres, no únicamente para cumplir con la justicia sino también con las normativas internacionales

ratificadas por los estados y que hacen referencia a los derechos humanos establecidos (Cook 1995).

En el Ecuador, después de varios esfuerzos se aprobó la “Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres” el 5 de febrero de 2018. Esta ley incluyó otros tipos de violencia, a saber: política, simbólica, y gineco-obstétrica. Esta última, será objeto de mi estudio, puesto que como había mencionado antes en la primera medición de la encuesta de violencia se pudieron medir los cuatro tipos de violencia: psicológica, física, sexual y económica-patrimonial.

Aprovechando que la ley dispone que se realicen investigaciones estadísticas que generen información útil para la promulgación de políticas públicas y cuyo objetivo es prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones. Por lo que, es interesante tener la opción de analizar los resultados de la investigación, a partir de las categorías que servirán para investigar la violencia obstétrica en la encuesta nacional, pues por primera vez se podrá contar con datos de este tipo de violencia.

### **1.1 Género y violencia contra las mujeres**

Entonces, iniciaremos revisando lo que podemos entender por el "Género". Según Natalie Davis en 1975 hace referencia a los aspectos que están relacionados con la feminidad, y a las definiciones que se han generado en torno a hombres y mujeres, “roles sexuales y del simbolismo sexual en las diferentes sociedades y periodos, para encontrar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio” (J. Scott 1990, 3).

El género se refiere a la asignación de roles que se han definido por las sociedades y cuyas características y oportunidades en su mayoría han privilegiado a los hombres. El género se deriva del sexo biológico. Los roles de género son construcciones sociales que están constituidas por comportamientos, acciones, ritos que se encuentran determinados dentro de un contexto cultural, que también son parte de relaciones de personas y la distribución del poder entorno a ellas, guardando relación al sexo biológico en esa condición binaria hombre/mujer (OMS 2018).

A parte de estas relaciones de poder constituidas en base al sexo y a la construcción social del género existen otros aspectos que también inciden en acrecentar las desigualdades en cualquier ámbito. Como la edad, etnia, discapacidad, orientación sexual, condición socioeconómica, ubicación geográfica, etc. (OMS 2018).

El analizar la perspectiva de género nos ayudará a determinar el modo en que esta categoría ha incidido en las planificaciones, legislaciones, políticas públicas, en todos los ámbitos y a todo nivel. La inclusión de la perspectiva de género también nos mostrará su contribución en el empoderamiento de las mujeres, así como en su participación en todas las esferas. Así pues, la división social del trabajo no está determinada por el sexo, es decir, no tiene que ver con las diferencias biológicas sexuales, en este caso tanto el embarazo como la lactancia claramente son roles sexuales, ya que solo la mujer los puede realizar. Por el contrario, si nos referimos a la crianza o trabajo del cuidado, este si es un rol de género, ya que esta actividad, si bien es cierto ha sido asignada a la mujer, si pudiera ser asumida tanto por hombres como por mujeres. Por lo tanto, la distribución de los roles de género entre hombres y mujeres puede cambiar dependiendo de la sociedad y cultura (Rowlands 1997).

La violencia aborda varios tópicos y puede ser ejercida en varios ámbitos, por ejemplo, está presente en los conflictos armados, a la cual se supone que los hombres son más proclives. Sin embargo, no se suele tomar en cuenta la violencia sexual de la que han sido víctimas las mujeres, pues ellas eran tomadas como botín de guerra.

En la actualidad la violencia ha llegado a ser un aspecto relevante, pues se ha vuelto un problema transversal, que se presenta de diferentes maneras, que generan diversas consecuencias, y cuyas manifestaciones han ido evolucionando, magnificándose cada vez más. En este sentido nos encontramos viviendo en países marcados por la violencia, por lo que organismos internacionales han considerado este fenómeno como una pandemia puesto que es un mal que se reproduce a nivel mundial con diferentes expresiones, dependiendo de cada cultura pero que, sin embargo, se sigue replicando (OMS 2013).

Retomando el análisis de Rubin (1986), con respecto a las posiciones que justifican las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres a partir de las diferencias biológicas son las construcciones socioculturales y los mandatos de género los que colocan a las mujeres en

una situación de subordinación y desventaja; y, por otro lado, otorgan mayor poder a los hombres y dan paso a los sistemas de opresión y dominación. Dando origen al machismo o cultura de superioridad masculina y la cultura de violencia contra las mujeres (Rubin 1986). La violencia de género contra las mujeres es un problema que se ha desarrollado a lo largo de los tiempos en todas las sociedades y culturas, por lo que se ha llegado a visibilizar como un fenómeno que involucra a toda la población, afectando principalmente la calidad de vida de las mujeres. Además, es un problema social, de salud y seguridad que se encuentra íntimamente vinculado con los estereotipos de género creados por la sociedad. La división entre los sexos se convierte en parte fundamental de la violencia simbólica que se manifiesta y se institucionaliza en las estructuras sociales, y se ha evidenciado en rituales, mitos, prácticas discursivas, entre otras, muchas de estas se han ido estructurando en el habitus o prácticas cotidianas (Bourdieu, 2000). Situación que es contraria a lo que se ha pensado respecto a que la violencia contra las mujeres es ejercida por personas cercanas a su entorno como su compañero íntimo (Bott 2013).

La violencia de género es un problema social, de salud y seguridad que se ha relacionado especialmente con las mujeres, además se encuentra íntimamente vinculado con los estereotipos de género creados por la sociedad. La división entre los sexos se convierte en parte fundamental de la violencia simbólica que se manifiesta y se institucionaliza en las estructuras sociales, y se ha evidenciado en rituales, mitos, prácticas discursivas, entre otras, muchas de estas se han ido estructurando en el habitus o prácticas cotidianas (Bourdieu 2000). Existen varias expresiones que se han identificado como violencia contra las mujeres, y se pueden desarrollar en diferentes entornos, por ejemplo, en algunas de las prácticas médicas utilizadas en las atenciones ginecológicas y obstétricas, que se han convertido en manifestaciones de violencia contra las mujeres.<sup>5</sup>

Con respecto a la reproducción, según lo menciona Butler (2002), “la mujer aporta la materia y el hombre la forma” (Butler 2002, 52). Entonces a partir de la materia, se da origen y se

---

<sup>5</sup> Muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

construyen las cosas, es el poder que da creación en un cuerpo. Los estereotipos de género que tanto hombres, como mujeres pueden adoptar y construir en sus vidas es en torno a relaciones y actitudes, por lo que no se debe olvidar que estos se pueden constituir en una violación de los derechos humanos, ya que de acuerdo con las asignaciones que la sociedad se ha empeñado en hacer que se cumplan, con acciones y comportamientos, que claramente causan desigualdad y discriminación.

Según Bourdieu (2000), el habitus se crea en la cotidianidad a través o materializado por medio del cuerpo, éste se manifiesta por medio de disposiciones cotidianas que al ser conscientes o inconscientes se van aprendiendo. Por ejemplo: el idioma, la vestimenta, la comida, y otras cosas que sin darnos cuenta se vuelven parte de nosotros. Así mismo se vuelven habituales las acciones, disposiciones y desigualdades, todas éstas expresadas a través de discursos y cuerpos (Bourdieu 2000). Por esta razón debemos considerar si la diferencia de trato está basada en estereotipos de género, pues en esta también estarían considerados ciertos aspectos, como la distinción, restricción y exclusión, sumándose estos a la discriminación operante (Cusack y Cook 2010).

## **1.2 Marco Normativo internacional y nacional**

Todas las mujeres tenemos derecho a recibir cuidados de salud, incluyendo en estos derechos la atención digna y respetuosa en sus consultas ginecológicas y obstétricas (del embarazo, del parto, post parto), así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (OPS 2014). Hace aproximadamente 30 años, a nivel internacional se ha reconocido a la violencia contra la mujer como un problema de salud pública, violación de derechos humanos, además como un limitante al desarrollo.

En 1993, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció oficialmente el derecho de la mujer a vivir libre de violencia, derecho que también se reconoció en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), de 1994 (Bott 2013, 5).

En la declaración citada anteriormente, así como en la Convención de Belém do Pará 1994, se reconoce la violencia basada en género y en relación con ésta se identifican varios factores de riesgo, consecuencias y respuestas a esta violencia que en su gran parte han sido influidas por

la condición económica y social de la mujer en los diferentes ámbitos en los que ha sido ejercida, que en mayor parte ocurren en el ámbito privado y en el ambiente familiar, también se los evidencia en el ámbito público (Bott 2013).

Respecto a las normativas internacionales, en el caso de CEDAW, *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1979*. Este instrumento jurídico internacional, fue aprobado por los Estados que son parte y han ratificado sus acciones y que los compromete con una serie de obligaciones para eliminar las manifestaciones de discriminación de las que son objeto las mujeres. En este instrumento jurídico se encuentran descritas normas y obligaciones básicas, en pro de los derechos humanos de las mujeres, como principios básicos se encuentran los siguientes: 1. Igualdad de resultados, 2. No discriminación y 3. Responsabilidad estatal (Unicef, 2019). Para el tema de salud, que es el que nos suscita mayor interés la convención insta a los estados a mejorar los servicios que se brindan a las mujeres poniendo especial énfasis a los grupos vulnerables como las mujeres indígenas y afrodescendientes, garantizando la atención en el embarazo, parto y postparto.

*La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995*, aborda la eliminación de todo tipo de violencia hacia la mujer, y la igualdad de acceso a servicios y trato a hombres y mujeres en todos los servicios de salud. En este sentido se pretende promulgar el respeto, con el fin de garantizar los derechos y protección de niñas y mujeres (Mujeres, 2019).

Los Estados que han ratificado los convenios internacionales, tales como: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres - CEDAW (1981) y la Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer de Belém do Pará (1995), y la Plataforma de acción de Beijing (1995). Son vinculantes, es decir, que los Estados se encuentran en la obligación de implementar políticas públicas que coadyuven a prevenir y eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres, brindar la respectiva atención, y asegurar el acceso a la justicia (Camacho 2014). En la actualidad tenemos las metas de los Objetivo de Desarrollo Sostenible de la ONU, que en su objetivo 5, hace referencia a las desigualdades de género,

(...) que reconocen, comprenden y modifican el modo en que este factor determina las conductas en relación con el sistema de salud, el acceso a los servicios, las vías de atención



sanitaria e interactúa con otros factores determinantes de la salud y causantes de inequidades (OMS 2019, 1).

En América Latina respecto a la violencia doméstica, a partir de 2007 se inició una normativa legal que garantice la seguridad de las mujeres en la República Bolivariana de Venezuela y en México, posteriormente fueron Colombia y Guatemala (2008), Argentina y Costa Rica (2009), El Salvador (2010), Nicaragua (2012), la República Dominicana y el Estado Plurinacional de Bolivia (2013). Siendo México, el país pionero en la creación de una ley integral que incluía una amplia tipología de violencia, así como acciones de protección a las mujeres sobrevivientes a situaciones de violencia (Ella 2016).

En nuestra región, la violencia contra las mujeres se desarrolla principalmente en el entorno familiar, y ello, ha sido considerado como un asunto privado que debe ser solucionado entre las partes y no como un problema del Estado. Era poco lo que se sabía sobre la incidencia de este problema a nivel social, invisibilizando la violencia de género contra las mujeres, en las diferentes instancias del Estado, legislativo, ejecutivo y judicial, así como también en otros sectores de la sociedad (Camacho 2014).

Ahora bien, con relación al Ecuador, es a partir de los ochenta que en el país se empieza a incluir a la violencia en el ámbito público, a partir de las acciones ejecutadas por la sociedad civil, y tomando como ejemplo algunos estudios realizados por organizaciones internacionales. En 1995 se publicó la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia, al amparo de esta ley las mujeres que sufrían violencia por parte de su pareja contaban con acceso a la justicia (Camacho 2014).

En el año 2007, se promulga el Decreto Ejecutivo No 620, que declara política de Estado la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres. Para ejecutarlo se formula ese mismo año el *Plan nacional de erradicación de la violencia de género 2007* (INEC 2012).

*La Constitución de la República del Ecuador del 2008*, nos define como un “Estado de derechos” y expresamente reconoce y garantiza a las personas el derecho a una “vida libre de violencia en el ámbito público y privado” (Art. 66.3 b) (INEC 2012).

(...) reconoce a todas las personas iguales derechos, deberes y oportunidades y establece que nadie podrá ser discriminado por razones de identidad de género, sexo, orientación sexual, entre otras; a la vez que dispone que toda forma de discriminación sea sancionada por la Ley (Art. 11, Núm. 2) (Camacho 2014, 22).

En el 2013 fue aprobado, El Código Orgánico Integral Penal (COIP), por la Asamblea Legislativa y publicado mediante Registro Oficial No 180, del 10 de febrero del 2014, en este documento se establece que:

La violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar constituye un delito, y la define de la siguiente manera: Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar. - Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación (Art. 155). Este cuerpo legal tipifica con sus correspondientes sanciones a tres manifestaciones de la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar: física, psicológica y sexual (Camacho 2014, 23).

Después de años de lucha de instituciones y colectivos de mujeres, en el Ecuador se aprobó la *“Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres”* el 5 de febrero de 2018, la cual visibiliza los tipos de violencia ya reconocidos anteriormente, psicológica, física, sexual, económica patrimonial, así como otras nuevas manifestaciones de violencia: política, simbólica, y gineco-obstétrica.

Con estos antecedentes, a partir de la aprobación de la *“Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres - LOIPEVM”*, se reconoció la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia, facultando de esta manera su investigación, por lo que se incluyó en la encuesta nacional categorías que dan cuenta de las expresiones de esta violencia, y que se podrían ratificar con entrevistas a mujeres que hayan acudido a este tipo de consultas.

### **1.3 Contando experiencias y visibilizando lo normalizado**

El investigar las experiencias que han tenido las mujeres en las atenciones gineco-obstétricas, es muy relevante, nos ayudará a entender cómo estas prácticas médicas cotidianas se han normalizado. Además, es importante visibilizar y entender las diferencias que se pueden producir entre estas atenciones médicas y las de otras especialidades, que nos muestran las desigualdades y vulneraciones a los derechos humanos de las mujeres.

De igual manera, ha sido necesario observar cómo se ha desarrollado el poder que ejercen los profesionales de la salud en ciertas prácticas que fueron institucionalizadas en su formación, por lo que fue necesario investigar sobre la instrucción recibida en procedimientos que de alguna manera se transforman en expresiones de violencia, que por su naturaleza siguen siendo invisibilizadas.

Una vez revisada la normativa internacional y nacional sobre la violencia de género contra las mujeres, es necesario contar con cifras que ayuden a los países a conocer la realidad sobre la violencia de género contra las mujeres. No obstante, solo se han realizado estudios específicos en la región que han sido diversos, pero no cuentan con una estandarización en las variables a investigar, por lo que se ha medido de diferente manera. Esto a su vez, ha dificultado realizar un análisis homogéneo en la zona; otro problema es que algunos países han realizado estudios en distintas localidades, cuando lo ideal hubiese sido contar con una muestra nacional.

Además, en su mayoría se ha incluido en las encuestas DHS,<sup>6</sup> que en primera instancia investigaba información sobre Salud Reproductiva y que, posteriormente incluyó un módulo de violencia contra la mujer (Bott 2013). Con estos antecedentes en Ecuador, se empezó a concientizar a la población, para que tanto los gobernantes como la sociedad empiecen a desnaturalizar las manifestaciones de violencia que se ejercían tanto en el ámbito público como privado, con el fin de identificar estas expresiones y asumir la responsabilidad de enfrentarla (Camacho 2014).

Por ello, se empezaron hacer estudios en los que se pueda investigar la violencia intrafamiliar y de preferencia analizar la violencia contra las mujeres. Ya en el año 2000 el Banco Mundial

---

<sup>6</sup> Encuestas Demográficas de Salud

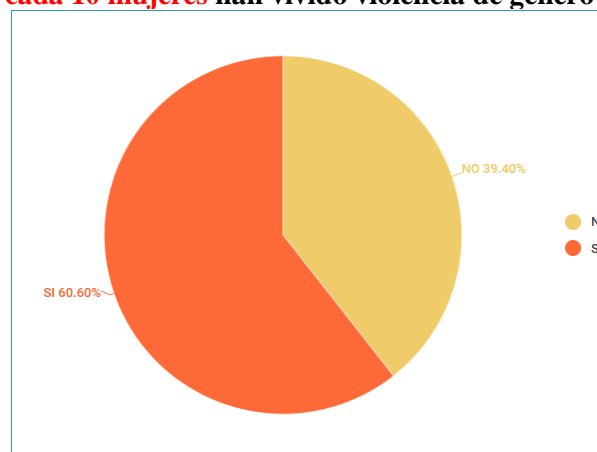
pudo determinar que el 47% de las mujeres en el Ecuador sufrieron abusos reiterados, lo que nos hace suponer que los indicadores de violencia en el Ecuador podrían ser de los más altos en Latinoamérica. Pero no fue hasta el 2004 que la Encuesta de Demografía “ENDEMAIN”, exploró la violencia de pareja, revelando datos sobre las expresiones de violencia física, psicológica y sexual (Friederic 2014).

Para el año 2011, se realizó la primera “Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres”, ésta se enmarcó en la normativa establecida. Es decir, se la realizó a nivel nacional, su cobertura fue nacional, urbano, rural y provincial; la población objetivo fueron las mujeres de 15 años y más (INEC 2012). Estas desagregaciones servirán para tener una mejor idea de la realidad de la problemática por área, e identificar la prevalencia por provincia.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres 2011, 6 de cada 10 mujeres de 15 años y más (60,6%), informaron haber vivido algún tipo de violencia de género –física, psicológica, sexual o patrimonial, alguna vez en la vida, tanto en el ámbito público como privado. Gráfico 1.

**Gráfico 1. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional**

**En Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido violencia de género contra las mujeres**



Fuente: Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres 2011 – INEC

La primera medición sirvió de base y referencia para realizar una segunda investigación ésta se realizó en el marco de la “Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres - LOIPEVM”, por lo que se investigaron otros hechos que han sido

reconocidos como manifestaciones de violencia contra las mujeres y que no fueron indagados en la primera encuesta.

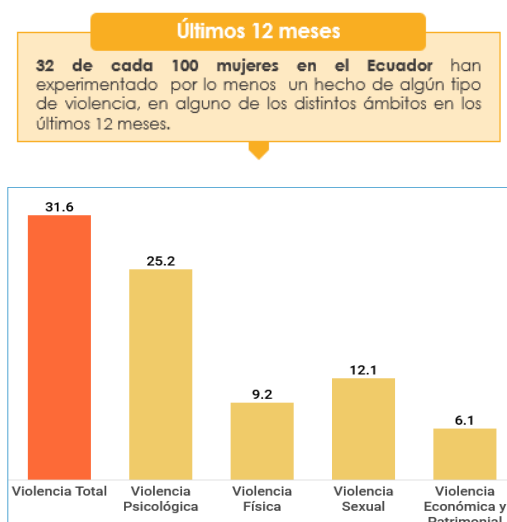
De igual manera la población objetivo fueron las mujeres de 15 años y más, la cobertura fue a nivel nacional y las 24 provincias del Ecuador, además se preguntó en dos periodos de referencia, a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses, esto con el fin de analizar la prevalencia e incidencia de la violencia en el país, si bien es cierto, indagar en un periodo largo de tiempo es importante para revelar la existencia de este problema social, el investigar en un periodo corto de tiempo, da cuenta de la acción de las políticas públicas. De esta última encuesta 65 de cada 100 mujeres en el Ecuador dicen haber experimentado algún tipo de violencia de género. Gráfico 2.

**Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional, por tipos de violencia, a lo largo de la vida**



Fuente: ENVIGMU 2019

**Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional, por tipos de violencia, en los últimos 12 meses**



Fuente: ENVIGMU 2019

En algunos países de la región como México<sup>7</sup> y Bolivia,<sup>8</sup> ya se han incluido dentro de sus encuestas, preguntas que recaben información sobre este tipo de violencia, así mismo se han realizado estudios sobre estos hechos, en Argentina,<sup>9</sup> Brasil,<sup>10</sup> Ecuador,<sup>11</sup> etc. No obstante, estos estudios han estado vinculados con el análisis de normativas, o con la realización de entrevistas en establecimientos de salud públicos, o como en el caso de Argentina la creación de un observatorio de violencia obstétrica.

#### 1.4 Conclusiones

Los hechos de violencia se pueden generar en diferentes ámbitos, espacios y entornos, muchos de estos han sido naturalizados y normalizados. Es así, que en el Ecuador de acuerdo con lo contemplado en la última ley<sup>12</sup> es la primera vez que se ha incluido a la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia. De esta manera se ha reconocido ciertas manifestaciones que vulneran los derechos de las mujeres.

---

<sup>7</sup> Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016

<sup>8</sup> Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres (EPCVcM)

<sup>9</sup> Violencia Obstétrica: Estudio de Revisión Bibliográfica Sistemática

<sup>10</sup> Violencia Obstétrica en Brasil: Una Revisión Narrativa.

<sup>11</sup> Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud

<sup>12</sup> “Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres - LOIPEVM”

También se ha podido visibilizar como progresivamente se reconocieron y tipificaron en las leyes de los países de la región los diferentes hechos de violencia que se venían ejerciendo, y estaban reconocidos como normales en las prácticas médicas de las consultas ginecológicas y obstétricas. Tomando en cuenta la definición jurídica de este tipo específico de violencia, identificaré las manifestaciones que de alguna manera reconocen las mujeres y son las que los profesionales de la salud han asimilado durante su formación.

Así también, analizando los hechos que son considerados expresiones de violencia, estos se ejercen en ciertas prácticas médicas en la cotidianidad de estas consultas médicas, mismas que fueron aprendidas en la formación de los profesionales de la salud.

Ahora bien, una vez que se revisó el marco normativo nacional y las diversas propuestas internacionales. El siguiente capítulo tiene como objetivo construir el marco teórico que delimitará la presente investigación y nos permitirá a su vez, analizar las experiencias de las mujeres que han experimentado este tipo específico de violencia para poner en discusión si las legislaciones identificadas han sido suficientes para abordar esta problemática.

## **Capítulo 2**

### **Lo que ya se ha dicho**

#### **Introducción**

El presente capítulo tiene como objetivo principal analizar las acciones que se generan en las atenciones ginecológicas y obstétricas, que se convierten en manifestaciones de violencia contra las mujeres. Por ello, este capítulo está dividido en tres ejes principales que son transversales durante la investigación, son la Violencia, el Poder y Género, mismos que iré desarrollando y analizando a través de autores como Otero (2009), Foucault (2002) (2003), Rich (1980). Adicionalmente, revisaré autores que realizan reflexiones profundas en torno al cuerpo, salud, reproducción y la maternidad como categorías básicas, además de las que se han descubierto a partir de la investigación.

#### **2.1. Violencia como respuesta de un sistema patriarcal**

Cuando se habla de violencia nuestro primer pensamiento se refiere a guerras, destrucción, muerte. En un segundo momento pensamos en gobiernos dictatoriales, armamento militar, guerras civiles. Paralelamente, nos ubicamos en un ambiente más familiar y cerrado, la violencia que sin pensar se ejerce en nuestro espacio más seguro, el hogar (Torres Falcón 2010). Recordamos especialmente la violencia generada en las guerras de los países “desarrollados”, así también en la vulnerabilidad que existía en ciertas condiciones que se podía evidenciar por parte de los pueblos que vivían el día a día (Castel 2008).

En otro momento, vinculamos “violencia” con hechos de inseguridad como: robos, asaltos, secuestros, amenazas; hechos que están más relacionados con la cotidianidad y a los cuales estamos expuestos a diario y de alguna manera familiarizada y hasta acostumbrada, la seguridad es una preocupación de la sociedad. En este sentido la inseguridad se debe a la ausencia de protecciones (Castel 2008).

Finalmente, en el ámbito privado, la violencia en nuestro espacio más seguro el hogar. Sin embargo, en este entorno que se supone debe resguardarnos estamos expuestas a gritos, insultos, humillaciones, golpes e incluso asesinatos dentro de la familia. A partir de este análisis de varios escenarios que van de lo macro a lo más cercano, podemos evidenciar que la



violencia es transversal en todos los ámbitos y espacios, desde una perspectiva más general y amplía hasta la vida íntima de una relación conyugal o de pareja.

Con estos antecedentes he considerado las siguientes categorías, organizadas de la siguiente manera:

1. Cuerpos, sujetos vs. Objetos: Cuerpo y violencia
2. Atenciones gineco-obstétricas y expresiones de violencia: Violencia y violencia gineco-obstétricas
3. Mujeres resistiendo a la violencia gineco-obstétrica: Violencia y Resistencia

### **2.1.1. Cuerpos, sujetos vs. Objetos**

Cuando pensamos en cuerpo, nuestra mente se transporta a las definiciones anatómicas que hemos conocido, a los términos médicos que describen las partes, es la única manera que conocemos para describir el cuerpo. “Para nosotros, el cuerpo es «naturalmente» un conjunto de órganos que son sede de procesos fisiológicos y bioquímicos” (Faure 2005, 23). Pero el utilizar este vocabulario técnico nos distancia de nuestro cuerpo, convirtiéndolo en un objeto exterior, por lo tanto, el cuerpo ocupa un lugar,

(...) posee sus propias envolturas: la piel, el halo sonoro de su voz, el aura de su transpiración. Este cuerpo físico, material, puede ser tocado, sentido, contemplado. Es aquello que los otros ven, escrutan en su deseo. Se desgasta con el tiempo. Es objeto de ciencia. Los científicos lo manipulan y lo disecan. Miden su masa, su densidad, su volumen, su temperatura. Analizan su movimiento. Lo trabajan. Pero este cuerpo de la anatomía o de la fisiología difiere radicalmente del cuerpo de placer o de dolor (Corbin 2005, 15).

No obstante, estamos hablando del cuerpo físico, el “objeto”, lo que se puede visualizar, tocar, sentir, definitivamente la identidad de un hombre se da a partir de un rostro, “la existencia del hombre es corporal” (Le Berton 2002, 7). Ahora bien, que pasa con el sujeto, la esencia, el alma; ¿se encuentra cautiva? Alain Corbin lo define muy bien con la frase, “Estoy en mi cuerpo y no puedo salir de él” (Corbin 2005, 15). Además, se han creado varias denominaciones para referirse al cuerpo femenino en particular, se lo ha llamado templo, jaula, cárcel, territorio, términos construidos en diferentes épocas, “El cuerpo de cada mujer es lo que le permite tener experiencia del mundo, una experiencia que está estructuralmente marcada por

una violencia selectiva, parametrizada según sexo/género, raza, color de piel, edad, nacionalidad y condición de clase” (Marchese 2019, 10).

El materializar el cuerpo implica varias cosas, entre ellas, reconocer lo que menciona Butler (2002) “los cuerpos viven y mueren; comen y duermen; sienten dolor y placer; soportan la enfermedad y la violencia y uno podría proclamar escépticamente que estos "hechos" no pueden descartarse como una mera construcción” (Butler 2002, 13). Por lo que se debe considerar si esta construcción que se ha realizado también se puede deconstruir.

Por otro lado, debemos mencionar que con el pasar de los años se han generado transformaciones y evoluciones en el cuerpo de hombres y mujeres y éstas han sido relacionadas con la sensualidad, el lenguaje y la reproducción. “El cuerpo de la mujer se transforma siguiendo el curso de la fetalización progresiva del recién nacido humano” (Maturana 2008, 183). Considerando que el recién nacido humano cuando nace es totalmente indefenso, incapaz de desplazarse por sí mismo, por lo que se ha creído que para su correcta crianza requiere la colaboración y convivencia con el macho y la hembra, ejecutándose la transformación en el lenguaje, la ternura, la estética, haciéndose visible en la corporalidad (Maturana 2008).

Al igual que los cuerpos se han dividido biológicamente en machos y hembras, también han sido definidos como masculinos y femeninos, “y a partir de éstas se introducen diferencias en las atribuciones sociales, culturales y económicas” (Fernández 2012, 362). Reiteramos que la diferencia sexual ha sido definida por la configuración física del cuerpo, mientras que “la división social entre lo que es ‘femenino’ y lo que es ‘masculino’ pasa a tener en el cuerpo su equivalente analógico” (Fernández 2012, 362).

Considerando estas diferencias instituidas socialmente y heteronormadas, el cuerpo femenino aparte de quedar en segundo plano ha sido catalogado como un objeto sexual, diseñado y preparado para satisfacer los deseos masculinos, y de igual manera dispuesto para la reproducción y las tareas de menos importancia y que por lo general, eran las destinadas a las tareas de la casa y el cuidado de los hijos (Fernández 2012).

También se debe identificar la diferencia que existe entre lo que significa el cuerpo para cada uno de nosotros y lo que significa para el resto. En algunos casos significará que debamos

dejar de lado nuestro control sobre él, pero en otros casos se dejará que sean los otros quienes dictaminen que es lo mejor para nuestros cuerpos o imponer como es el cuerpo perfecto, se “puede provocar una sensación de tentativa de desposesión, el temor de que me arrebaten «el privilegio de ser un sujeto, el dueño de mi universo»” (Corbin 2005, 16).

En este sentido, nuestro cuerpo corre el riesgo de ser poseído por otros, y podríamos mencionar, por ejemplo, las relaciones sexuales o porque no contemplar las prácticas médicas, circunstancias en las que de alguna manera nuestro cuerpo queda a merced de otros, sea por deseo o por necesidad, “el riesgo de desposesión de manos del otro, la sumisión al poder, a los proyectos, al deseo del otro” (Corbin 2005, 16).

No obstante, tanto la heterosexualidad como la maternidad obligatoria son una construcción social que se genera en las sociedades, de acuerdo con su cultura y costumbres, que de alguna manera han convertido al cuerpo de la mujer en un objeto, pues este tiene la función de la procreación y la mujer se convierte en madre. Las leyes son construidas a partir de la cultura, refiriéndome con esto a la definición de un grupo de personas por aquello que es intangible y que los hace diferentes, así lo menciona Barrera (2013),

Y es que estamos ante una palabra, un concepto – el de cultura – que ha impregnado buena parte de las mentes de hoy para referirse a “aquello intangible” que define un grupo, usualmente extraño y diferente – el “nosotros” y el “otro” – para las masas de los espectadores, oyentes y demás categorías que se quiera encontrar (Barrera 2013, 2).

Por tal razón estos fundamentos se los realiza también considerando la biología. En consecuencia, la cultura se convertirá en el destino, dejando de lado a la biología, en este caso el cuerpo se convierte en un medio pasivo cuya voluntad apropiadora se la realiza a partir del significado de la cultura (Butler 2007).

Con todos estos antecedentes la salud reproductiva de las mujeres se basa en una heterosexualidad reproductiva destinada para mujeres correspondientes a esta edad

reproductiva. La heterosexualidad normada<sup>13</sup> e institucionalizada, con una dicotomía del sexo hombre/mujer, que entre algunos de los mandatos que se ha venido ejerciendo es la maternidad patriarcal, la dependencia económica, la familia nuclear, la heterosexualidad obligatoria. Todas estas características se las ha fortalecido en la creación de las legislaciones, que además han sido direccionados por preceptos religiosos, medios de comunicación que continúan mostrando imágenes sexistas, y cuyas programaciones se transmiten sin censura (Rich 1996(1980)). Lamentablemente se continúan enviando mensajes cosificados en los que se muestran cuerpos de mujeres delgados, rostros que no envejecen, cuerpos que son el anhelo de muchas mujeres.

### **2.1.2 Atenciones gineco-obstétricas y expresiones de violencia**

Haciendo referencia a la analogía realizada entre cuerpo y territorio, se podría decir que también se lo reconoce así, porque tanto la mujer como la tierra generan condiciones para la reproducción, “para reapropiarnos de nuestros territorios es un esfuerzo fundamental para contraponer y erradicar la violencia” (Marchese 2019, 31). Sin embargo, se debe recordar que la violencia ha sido ejercida con el fin de adoctrinar a comunidades y claro con mayor razón a las mujeres, estos abusos se los ha ido generando cotidianamente y en diferentes ámbitos. La violencia de género contra las mujeres atenta contra los derechos humanos, y han sido aceptadas y toleradas por la sociedad y el Estado, dejando huellas en las víctimas que requieren medidas de reparación para sanar las experiencias vividas (Marchese 2019). La desigualdad entre hombres y mujeres no se ha podido superar, a pesar de los esfuerzos, la violencia persiste. Así lo menciona Claveiro (2008),

La “espiral de violencia”, como una especie de tornado, se traga primero y antes que nada al más débil. Entre los grupos excluidos y el Estado, puestos a desafiarse en el terreno de la fuerza, gana el Estado (Calveiro 2008, 38).

Por estos antecedentes se ha considerado que la violencia es un fenómeno estructural pues implican problemas, económicos, sociales, falta de educación, deficiencia en el sistema de salud, falta de un empleo digno, la marginación y claro a esto se suma, el sistema patriarcal en

---

<sup>13</sup> “La heterosexualidad instituye dos grupos supuestamente “naturales”: Varones y mujeres, basados en el concepto de diferencia de sexos. Esta cita nos muestra cómo se identifica a las personas según el sexo con el que nacieron (cordova s.f.).

el que nos encontramos inmersos. (I. B. Otero 2009). Es por esta razón, que la violencia pasó de ser considerada un problema privado, doméstico a tratarse como un asunto público (Salgado s.f.).

Conforme a lo que antecede, es indispensable pensar en las experiencias de violencia gineco-obstétrica como prácticas de poder a través de situaciones cotidianas que promueven discursos que se han venido institucionalizando, y que a su vez han legitimado las prácticas médicas que vulneran los derechos de las mujeres. A través de un conjunto de reglas y normas que se han venido aprendiendo y ejerciendo de generación en generación, y que de alguna manera se han culturizado y han sido aprobadas por las instituciones religiosas, educativas, de salud, que darán valor a sus sentimientos y anhelos (Foucault 2003).

Pero aparte de las regulaciones, directrices y prácticas, que se encuentran inmersas en imaginarios de la ética y moral. Así, también se podrían evidenciar en estos momentos ciertas emociones, que, a pesar de considerarse prácticas médicas, se generan en la intimidad, convirtiéndose en un espacio en el que se da a conocer la intimidad personal, evidenciándose de mayor manera en las atenciones ginecológicas que se realizan a las mujeres.

La violencia ginecológica y obstétrica, se ha identificado que es de las formas de agresión física, simbólica y psicológica más naturalizada en las mujeres, pues las prácticas relacionadas con la violencia gineco-obstétrica, han sido parte de protocolos médicos institucionalizados por los profesionales de la salud que no han reconocido como acciones que vulneran los derechos de las mujeres.

Esto, se ha evidenciado en varios estudios realizados sobre la temática que revelan, la humillación, las expresiones ofensivas, los tratamientos negligentes practicados a mujeres durante el parto en unidades de salud de diferentes lugares y culturas. Como se puede comprobar este tipo de violencia tiene componentes de violencia física y psicológica, con abusos verbales, procedimientos invasivos o realizados sin su consentimiento o con falta de información, y privacidad (Brandão 2018).

Sin embargo, a pesar de contar con varias evidencias y haber concientizado este tipo de violencia todavía no se ha podido determinar las representaciones sobre las buenas prácticas

en las atenciones y en el cuidado del parto en sí. En este sentido en 1985, la Organización Mundial de la Salud, realizó una publicación con algunas de las recomendaciones sobre este tema (Brandão 2018). Todas las mujeres tenemos derecho a recibir cuidados de salud, en los que se incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en sus consultas ginecológicas y obstétricas (del embarazo, del parto, post parto), así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

### **2.1.3. Mujeres resistiendo a la violencia gineco-obstétrica**

Las mujeres a lo largo de la historia fueron consideradas como ciudadanas de segunda clase especialmente en torno a los derechos y las normas que se creaban en favor de los hombres. Sin embargo, ya en los últimos tiempos, a través del reconocimiento del género en los derechos humanos de las mujeres, se adopta nuevas medidas para promover la participación de la mujer en la sociedad, con el fin de eliminar las desigualdades concientizando las implicaciones que tienen en todos los ámbitos en los que se encuentran inmersas (Stephen y Amancio 2012).

Simultáneamente, mientras se promulgan leyes en pro de la igualdad y equidad entre hombres y mujeres, también, se han generado confrontaciones y oposiciones, frenteras en algunos casos, y en otros solapados, pero sin dejar de ser efectivas. (Calveiro 2008). Día a día, las mujeres experimentan diferentes tipos de injusticias, sin embargo, los abusos se pueden hacer más evidentes cuando las condiciones económicas y sociales, vuelven más vulnerables a las mujeres, por lo que muchas de ellas han desarrollado estrategias de resistencia, que no necesariamente han sido organizadas, pero sí de conciencia ante una política patriarcal establecida (hooks 2004).

En toda relación de poder se generan fuerzas que se oponen.

El despliegue de estas fuerzas no necesariamente es de sentido inverso. Muchas veces, más que oposiciones frontales respecto a la orientación del poder, implican “desvíos” o desarticulaciones del mismo, con trayectorias “errática” (Calveiro 2008, 37).

Considerando lo mencionado anteriormente, un aspecto importante a tomar en cuenta es la resistencia que generan las mujeres ante las prácticas de violencia gineco-obstétrica, recordando que éstas se generan en la cotidianidad de los médicos en sus labores y que

podrían estar afectando a las mujeres que acuden a sus consultas (J. Scott 2019).

Teniendo en cuenta lo mencionado por Scott sobre las “formas diarias de resistencia”, éstas claramente las podemos vincular con las experiencias en el trabajo y la vida. Éstas se pueden convertir en acciones individuales o colectivas, que se transforman en otras formas de dominio considerando las relaciones conforme a las jerarquías establecidas. De este modo, más que referirse a las jerarquías que ejerce el poder dominante, que en muchas ocasiones ha sido de manera simbólica, considerados en algunos discursos o para nuestro caso en las prácticas médicas reconocidas. Por consiguiente, se ha hecho referencia al poder, la resistencia y la dominación, con los dominados y los dominantes, que son conformados por acciones irrelevantes o de poco interés según su análisis (Gómez 2011). Por otro lado, revisaré la concepción de agencia, que no es más que la expresión de la voluntad autónoma, y no un proceso que se ha formado en torno a los sujetos.

La idea de la agencia como expresión de la voluntad individual no es una descripción de la naturaleza humana, sino una concepción específica en el contexto histórico, vinculada en realidad a muchas de las mismas ideas que negaban a las mujeres su individualidad, su autonomía y sus derechos políticos (J. Scott 2012, 34).

Si bien es cierto las estrategias de resistencia creadas por las mujeres, en ciertos ámbitos, se deben construir de manera individual, pues los abusos se los deben afrontar en todos los espacios, sean estos en áreas públicas o en momentos íntimos, espacios privados, como los hogares o en otros escenarios como las consultas médicas.

## **2.2. Sujetos con el poder, mujeres objeto**

El poder se puede identificar de diferentes maneras y en distintos entornos en situaciones cotidianas que clasifican a los individuos en categorías. Por ejemplo, se encuentran las que relacionan a hombres y mujeres, a padres e hijos, médicos con pacientes, maestros y estudiantes. Por lo tanto, el poder no únicamente se ejerce en relaciones de pareja, podríamos decir que se convierte en un lazo entre dos sujetos. Consiste en un grupo de acciones sobre otras acciones, por lo que estas pueden o no ser eficaces (Foucault 1988).

Con esta consideración, he dividido en las siguientes subsecciones:

1. Los profesionales de la salud y el poder en sus manos: Poder y salud.

2. Estado y sus normas instauradas que se convierten en violencia: Estado y Poder.
3. Mi cuerpo en disputa: Cuerpo y Poder.

### **2.2.1. Los profesionales de la salud y el poder en sus manos**

Con el pasar de los tiempos se ha comprobado que la cultura configura nuestras creencias y por ende la cultura ha sido creada por quienes manejan el poder, es decir, los hombres son quienes elaboran las leyes que por lo general deben ser cumplidas por los más vulnerables. Si hacemos una introspección y analizamos las familias tradicionales, tanto las madres, como las suegras, eran las encargadas de transmitir de generación en generación las reglas que se debían cumplir, por ejemplo, los esposos tenían el derecho de “corregir” a sus mujeres si es que ellas no los obedecían, por no criar bien a los hijos o no atender los quehaceres de la casa (Anzaldúa 2004).

La cultura tradicionalmente era el motivo de crear mujeres sumisas, sometidas a sus maridos, madres abnegadas, dedicadas especialmente a sus hijos y a sus hogares.

La cultura espera que las mujeres muestren mayor aceptación a, y compromiso con, el sistema de valores que los varones. La cultura y la Iglesia insisten en que las mujeres estén sometidas a los hombres. Si una mujer no renuncia a sí misma en favor del varón, es egoísta. Si una mujer se mantiene virgen hasta el matrimonio, es una buena mujer (Anzaldúa 2004, 73).

Por ende, la cultura y la religión se encuentran inmersas y también se asegura que quien “tiene cultura” es aquella persona que ha alcanzado escolaridad avanzada o que su origen es de una familia “acomodada”. Es decir, pertenecen a un nivel socioeconómico alto, todas estas características aseguran ser “un buen paciente”, puesto que estaría en la capacidad de entender todas las directrices que se proporcionan. Mientras que las personas “sin cultura” son ignorantes y están llenas de creencias y supersticiones, recordando que la cultura puede incluir costumbres, rituales, símbolos, prácticas, y sus propias reglas (Langdon 2010).

Otro contexto importante de mencionar es la dicotomía entre el ámbito público y privado, definiendo privado lo relacionado con la familia. Y en lo público todo lo concerniente a los otros espacios. Por los privilegios otorgados por el sistema patriarcal en el que nos encontramos inmersos, los hombres han tenido la posibilidad de participar en los dos ámbitos,



el público y el privado, siendo que podía ser un buen hombre en la esfera pública, y un mal hombre en el ámbito privado, viceversa o bueno en los dos ámbitos. Muy por el contrario, la mujer solo era reconocida en el ámbito privado lo que ocasionaba que sea aprobada como una buena ciudadana siempre y cuando sea una buena mujer en su vida familiar. Por ese motivo, una mujer que se convierte en ciudadana deja de ser mujer. Y es así como la mujer y la ciudadana tenían una separación pues no eran reconocidas en estos dos espacios (Acuña 2010).

### **2.2.2 Estado y sus normas instauradas que se convierten en violencia**

El poder que ejerce el Estado se ha construido a partir de la superioridad. Abrams (2004) escribió, “que el poder del Estado radicaba en esconder las relaciones de opresión detrás de una máscara ahistórica de ilusiones legitimantes”, (Barragan y Wanderley 2009, 2), mencionando que el Estado es una máscara que se ha convertido en el centro que converge entre la sociedad y el Gobierno, cuyo poder se identifica a través de leyes y reglamentos.

Las normas se hicieron para ser respetadas y cumplidas, el quebrantarlas o transgredirlas son considerados como actos que van en contra de la sociedad, además que deben ser sancionadas. Por tal razón, es importante analizar cuáles serían las reflexiones en torno a las violaciones que se realizan en las normativas a las leyes en el contexto de género.

Muchas de éstas se ha vuelto una interpretación subjetiva dependiendo del lugar y la cultura, por lo que, no se ha podido universalizar este tipo de legislaciones. Entonces el concepto de género incluido en las normativas se ha vuelto relativo, pues existen algunas faltas que se convierten en negativas, si éstas causan una ruptura en algunos grupos sociales y también se pueden convertir en positivas cuando se vuelven una alternativa (Bifani 2004). La violencia contra las mujeres según algunas autoras se ha redefinido, pues ha pasado de ser un problema personal para tratarse como un problema social (Otero 2009).

Estas formas de violencia se generan en un sistema patriarcal, androcéntrico, cuyas leyes han sido creadas en beneficio de una sola parte, este mismo sistema no únicamente se replica a nivel de pareja sino también al ejercicio del poder en ciertas instancias (Torres Falcón 2010). No obstante, la visibilización de estos hechos de violencia, también ha generado que muchas

de estas expresiones sean naturalizadas, por lo que no se les da importancia y se resta importancia a sus consecuencias.

### **2.2.3 Mi cuerpo en disputa**

Ahora bien, esta investigación también está dedicada al cuerpo de la mujer y la resistencia de ésta, sobre las reacciones a partir de las acciones sobre su cuerpo. Aspectos que son de gran importancia pues se podrá analizar la correlación del cuerpo de las mujeres, versus el poder que pueden ejercer los profesionales de la salud en él, así también es relevante la relación que se ejerce entre la dominada y el dominante.

El cuerpo se puede definir considerando la naturaleza de éste y la influencia cultural que puede incidir en el mismo, así lo dice Martínez (2004), la biología no pertenece a la cultura descuidando el cuerpo como objeto de estudio, “La sociología se ha preocupado del yo-sociedad o de su estructura en lugar de la naturaleza-cultura” (Martínez 2004, 11).

Por otro lado, si consideramos que el cuerpo físico es la parte materializada, que puede ser tocada y admirada, es lo que se puede ver. Pero, al mismo tiempo al ser tangible se va deteriorando con el tiempo. En consecuencia, es el objeto utilizado para la ciencia, por lo que es manipulado, analizado y cuya anatomía posterga el dolor (Corbin 2005).

Es importante evidenciar la diferencia entre cuerpo objeto y cuerpo propio, que se va dignificando a medida que se separa el cuerpo para mí y el cuerpo para el otro y que puede producir una sensación de desposesión, el miedo a que me despojen, “«el privilegio de ser un sujeto, el dueño de mi universo». De forma permanente, el individuo se siente impactado, observado, deseado, rechazado en y por su cuerpo” (Corbin 2005, 16).

En este sentido, es importante mencionar las simbolizaciones que se puede dar a la palabra sujeto. Los que a través del control y dependencia se encuentran sometidos a otros, y los que se encuentran atados a su identidad por la conciencia y el conocimiento de sí mismos, independientemente en cualquiera de las enunciaciones es evidente que es una forma de poder que somete (Foucault 1988).

En definitiva, el poder busca conseguir victoria, por lo que los implicados se encuentran en una continua búsqueda de respuesta de los sujetos sobre los que ejerce su poder. Sin embargo, es importante anotar que no hay poder sin resistencia. Adicionalmente, el cuerpo también se encuentra atravesado por deseos, afectos, emociones (Hernández Cedillo 2016). Así mismo el poder también atraviesa los cuerpos en la cotidianidad, los actos, las acciones y los comportamientos.

### **2.3. Sociedad cosificando género**

Ahora quisiera dar a notar la construcción social de género que está inmersa en la misma reproducción, cuando el sexo, el género y el cuerpo son procesos construidos en la sociedad, pero lo interesante es que son construidos a partir de los discursos (Moreno 2018).

A partir de lo mencionado, he dividido esta sección en las siguientes subsecciones:

1. Reproducción, maternidad y otras cosas de mujeres: Reproducción y Género.
2. Prácticas habituales que vulneran los derechos de las mujeres: Habitus y Género.

#### **2.3.1. Reproducción, maternidad y otras cosas de mujeres**

Tanto mujeres como hombres somos seres humanos iguales diferenciados por el sexo, pero estas diferencias no crean separaciones absolutas. Pese a todo, solo existen dos ámbitos en los que se pueden determinar variación, según Martha Lamas (2007),

Los únicos dos ámbitos en los que verdaderamente mujeres y hombres tienen una experiencia diferente son el de la sexualidad y el de la procreación. Y aunque ambos son ámbitos centrales de la vida, no constituyen la “totalidad” de un ser humano (Lamas 2007, 256).

La subordinación de la mujer se ha generado justamente por su naturaleza, por estar diseñada para la reproducción, función de las hembras de todas las especies. Sin embargo, lo que diferencia a los humanos de los animales es la capacidad de crear y generar cultura, “la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la naturaleza que los hombres” (Castro y Bronfman 1993, 376).

El no tener control sobre la procreación es lo que ha producido subordinación y marginación a las mujeres. Cuando se crearon los métodos anticonceptivos, les dieron control sobre su

cuerpo, sin embargo, en algunas ocasiones por el margen de error existente al ser métodos que no son cien por ciento seguros, se convirtieron en manifestaciones de violencia cuando se producían embarazos no deseados. Entonces es importante recalcar que mientras las mujeres no tengan el control total de sus cuerpos, no podría existir igualdad social con los hombres, por lo que la lucha de los derechos reproductivos de las mujeres, sobre la determinación libre del número de hijos y todo lo que la maternidad comprendía (Lamas 2007).

Aun así, identificamos aquella igualdad subjetiva entre hombres y mujeres que se incluye en las legislaciones. No obstante, no se incluye las diferencias en el embarazo y el parto y a partir de éstas las discriminaciones que se generan hacia las mujeres. Esta manera de tratar a las mujeres como hombres, vulnera sus derechos y oculta desigualdades en oportunidades, limitando a las mujeres a sus tareas de cuidado, a partir de la división sexual del trabajo (Molyneux 2010).

De esta manera sería importante fomentar la solidaridad, a partir de una necesidad biológica, en prácticas que se han vuelto históricas y que puede realizarse o se deben realizar en un momento específico, analizando la validez de estas prácticas, entre distintas formas de realizarlas haciendo uso de recursos orales y materiales disponibles (Marcuse 1993).

Asimismo, con el fin de diseñar políticas públicas en los sistemas de salud, en la educación se ha dado relevancia e importancia a los procesos de salud y enfermedades femeninas, mismas que se han encontrado inmersas por el dominio de la perspectiva de los hombres.

Considerando que se ha generado con una hegemonía masculina (Ravelo 1995). Razón por la cual no han sido consideradas las diferencias entre hombres y mujeres como criterios para la creación de derechos sexuales y reproductivos, que sin duda han sido necesarios reconocer, para incrementarse la creación de políticas públicas.

### **2.3.2. Prácticas habituales que vulneran los derechos de las mujeres**

Según Bourdieu (2006) en la cotidianidad se crea el *Habitus*, a través de situaciones que se manejan a través del cuerpo, éstas se manifiestan por disposiciones cotidianas de los seres humanos, que se vuelven conscientes e inconscientes, y se van aprendiendo, podríamos mencionar: el idioma, la vestimenta, la comida, y otras cosas que sin darnos cuenta se vuelven

parte de nosotros. Así mismo se vuelven habituales las acciones, disposiciones y desigualdades, todas estas expresadas a través de discursos y cuerpos (Bourdieu 2006). Con el fin de comprender las acciones que son consideradas violencia gineco-obstétrica, será necesario revisar la definición de ésta. Uno de los referentes importantes es la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>14</sup> emitida por la asamblea general de Venezuela, que contempla la siguiente especificación,

(...) consiste en determinadas formas de maltrato debidamente definidas en la norma, ejecutados en contra de la mujer antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica y la esterilización forzada, concebida como un atentado a la capacidad reproductiva de la mujer (Villegas 2009, 4).

Entonces se observa que en dicha ley se consideran las atenciones que se generan antes, y durante el parto, considerando estas vulneraciones como Violencia Obstétrica, definiéndola como,

(...) la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Villegas 2009, 4).

También se debe tomar en cuenta la esterilización forzada y la violencia institucional, que están definidas en la mencionada Ley.

De acuerdo con las definiciones antes mencionadas, la violencia ginecológica y obstétrica se manifiesta a través de ejercicio del poder de los profesionales de la salud, con prácticas impuestas sobre un cuerpo ajeno, dispuesto a cualquier sacrificio por su bienestar y el de su hijo. De igual manera, se ejerce a través de discurso estatal o de las normas médicas establecidas. También se lo relaciona con acciones de unos sobre otros, estas pueden ser

---

<sup>14</sup> Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. 2007. Organización Panamericana de la Salud, OPS, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM y Fondo de Población, UNFPA

presentes, casuales o futuras, ejercicios que se vuelven constantes (García Canal 2016). Para las mujeres en general la atención médica ginecológica se ha convertido en un espacio en el que también sus derechos humanos son vulnerados.

#### **2.4. Conclusiones**

En el presente capítulo se ha hecho un recorrido por las categorías teóricas que se encuentran inmersas en mi proyecto de investigación y han ayudado a comprender como están estructuradas las manifestaciones de violencia gineco-obstétricas.

Por medio de la exploración de la teoría en relación con los principales ejes que se encuentran desarrollados en la investigación, he podido vincular las categorías de Violencia, Género y Poder, entrelazadas con los discursos de Cuerpo, Reproducción y Maternidad. Sin embargo, lo interesante ha sido ir descubriendo como también se encuentran atravesadas por otras características, como: la cultura, el habitus, las emociones.

Como mencionaba antes estos momentos también están atravesadas emociones básicas, que atraviesan los cuerpos y todos los sentidos se pueden evidenciar a través de expresiones corporales que expresan cada emoción sentida. En ese sentido, podemos decir que estas emociones son culturales y están socialmente construidas.

## Capítulo 3

### Mi cuerpo y mi parto son míos

#### Introducción

El presente capítulo tiene como propósito atender uno de los objetivos específicos de esta investigación, “Identificar las expresiones de vulneración de los derechos de las mujeres a partir de la investigación cuantitativa y cualitativa, de la encuesta de violencia y de entrevistas a mujeres que han recibido estas atenciones en establecimientos de salud públicos y privados”. Para lo cual, aprovecharé los resultados de la encuesta nacional de violencia contra las mujeres 2019, del módulo de violencia gineco-obstétrica, mismos que me darán la pauta para conocer cifras sobre este tipo de manifestaciones, y me servirán de preámbulo para analizar los hallazgos de las entrevistas realizadas para conocer sus experiencias y percepciones en estas atenciones médicas. Adicionalmente, desarrollaré una autobiografía, para desde mi propia perspectiva identificar los hechos que se viven en estas consultas médicas.

Las categorías teóricas que se encuentran inmersas en este capítulo son el cuerpo, la reproducción y la maternidad, a parte del género y violencia que se localizan a lo largo del proyecto de investigación y que se podrán poner en evidencia una vez que revisemos las experiencias que han tenido las mujeres en las atenciones gineco-obstétricas. También distinguiremos entre las atenciones que se dan en los establecimientos de salud públicos y privados.

#### 3.1. Diferencia en atenciones, igualdad en agresiones

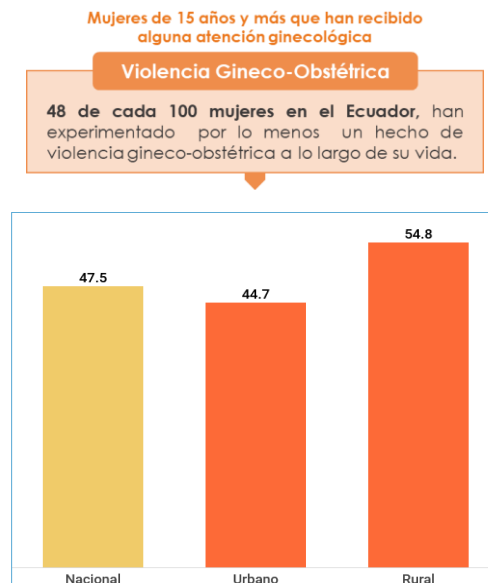
En esta primera sección revisaremos los resultados generales que he podido identificar, a partir de la información proporcionada por la encuesta nacional de violencia, ejecutada en los meses de julio y agosto de 2019 en todo el Ecuador. De igual manera resaltaremos las diferencias que se evidencian con los datos de la encuesta, respecto a las condiciones sociodemográficas y étnicas de las mujeres, así como a las diferencias que se pueden evidenciar de acuerdo con su área de residencia.

Según lo que menciona la *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la -Violencia Contra las Mujeres - LOIPEVM*, sobre la violencia gineco-obstétrica, “es toda acción u

omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos” (Lexis 2018). Tomando en cuenta lo antes citado, es importante dividir los hechos que se pueden ejercer en consultas de rutina, procedimientos médicos, y las prácticas médicas que se realizan en los partos.

Para la encuesta nacional se tomaron en cuenta a las mujeres mayores de catorce años, podían ser solteras, casadas, divorciadas o viudas, se seleccionaba una mujer por hogar, y para el módulo de atenciones ginecológicas y obstétricas, debían haber recibido al menos una atención, en este tipo de consultas. Entre los principales resultados que arrojó la encuesta podemos resaltar que, de cada 100 mujeres, que recibieron atenciones ginecológicas y obstétricas, 48 dicen haber vivido algún hecho de violencia gineco-obstétrica a lo largo de su vida, mientras que 42 reportan la violencia obstétrica.

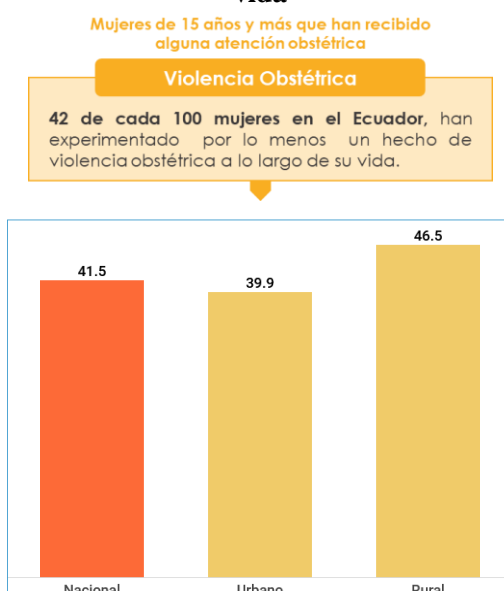
**Gráfico 4. Prevalencia de la violencia gineco-obstétrica de mujeres de 15 años y más a lo largo de la vida**



Fuente: ENVIGMU 2019



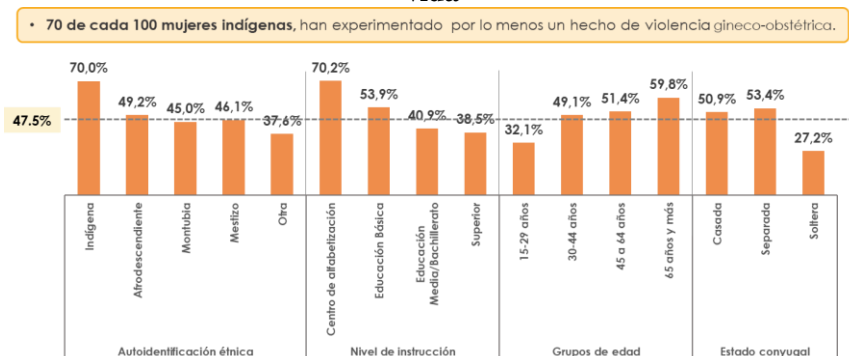
### Gráfico 5. Prevalencia de la violencia obstétrica de mujeres de 15 años y más a lo largo de la vida



Fuente: ENVIGMU 2019

Si tomamos como referencia los gráficos anteriores, nos podemos dar cuenta que este tipo de violencia se genera en mayor porcentaje en el área rural, señalando con preocupación que 55 de cada 100 mujeres han sufrido violencia gineco obstétrica<sup>15</sup> y 46 la obstétrica.<sup>16</sup>

### Gráfico 6. Prevalencia de la violencia ginecológica y obstétrica contra las mujeres a lo largo de la vida



**\*Coeficiente de variación mayor al 15%**

Fuente: ENVIGMU (2019)

<sup>15</sup> Violencia Gineco-Obstétrica, incluye las categorías que hacen referencia a las consultas de rutina, y al embarazo, parto y post-parto.

<sup>16</sup> Violencia Obstétrica, incluyen las categorías que hacen referencia a las consultas en el embarazo, parto y post-parto.

Coincidiendo con estos resultados obtenidos, las mujeres indígenas dicen haber experimentado más hechos de violencia ginecológica y obstétrica, de igual manera, esto se puede visualizar en mujeres que no han cursado ningún nivel educativo o que han cursado un centro de alfabetización. También podemos observar que las mujeres separadas o divorciadas han padecido más hechos de violencia, respecto a las mujeres casadas o unidas y las solteras.

**Gráfico 7. Prevalencia de la violencia obstétrica contra las mujeres a lo largo de la vida**



**\*Coeficiente de variación mayor al 15%**

Fuente: ENVIGMU (2019)

Al igual que en la encuesta nacional en las entrevistas realizadas también se planteó preguntas que indagan características sociodemográficas, tales como: edad, nivel de instrucción, título obtenido, tipo de establecimiento de salud en el que recibió la atención, estado civil o conyugal, situación laboral, etc. La intención al investigar estas variables es tener diversidad de contextos, criterios, puntos de vista y percepciones, y obtener una mirada más amplia de este tipo de violencia en diferentes circunstancias y espacios.

Todas las mujeres que tuve la oportunidad de entrevistar tenían nivel de instrucción universitario, algunas trabajaban en el sector público, otras en empresas privadas y dos trabajaban por cuenta propia. La mayoría habían recibido atenciones en consultorios y clínicas privadas, así como en establecimientos públicos, por lo que, durante las entrevistas, hacían notar las diferencias entre estos dos sectores.

Ha sido interesante evidenciar cómo las mujeres a partir de los 45 años han reconocido haber sufrido alguna manifestación de este tipo de violencia, por lo que se podría pensar que en la actualidad ya no se encuentran naturalizadas estas acciones. Mientras que, entre las mujeres casadas y separadas no existe una diferencia significativa, pero con las mujeres solteras si,

tomando en cuenta que gran parte de este indicador es calculado con las agresiones que se experimenta en las atenciones obstétricas, en el embarazo, parto y post parto.

A la hora de elegir su ginecóloga o ginecólogo a la mayoría de las entrevistadas no les importaba si era mujer u hombre, pues la confianza primaba sobre este tipo de argumento. Sin embargo, algunas de las consultadas si preferían que sean ginecólogas mujeres, así nos responde Crucita, cuando le preguntamos sobre la preferencia del sexo en el profesional de salud que le iba atender, “Mujer siempre mujer, porque me da más confianza” (Crucita, 04 de abril de 2020). Mientras que cuándo preguntábamos sobre la edad del médico, la mayoría mencionó que preferiría que sea maduro, es decir, que se demuestre su experiencia.

### **3.2. Cuerpo vulnerado, mujer sinónimo de reproducción y maternidad**

Una vez analizados los datos generales que hacen referencia a la violencia gineco-obstétrica, me centraré en analizar las expresiones que vulneran los derechos de las mujeres, acciones que son consideradas invasivas para la intimidad de la mujer, y que son generadas en las atenciones ginecológicas y obstétricas, observaré la reacción de las mujeres a ciertos cuestionamientos realizados y que hacen referencia a estas manifestaciones, por ejemplo, indagué sobre las situaciones que le hacen sentir incomoda durante la atención ginecológica. La mayoría de las mujeres entrevistadas respondieron que el mismo hecho de asistir a una atención ginecológica, les pone nerviosas y les causa molestia, especialmente cuando debían realizarse el Papanicolau <sup>17</sup>, examen que les resultaba desagradable y doloroso. A continuación, algunos de los comentarios de las entrevistadas.

Crucita mujer mestiza de 40 años, estudió comunicación social en la Universidad Central, establecimiento público de gran prestigio. Trabaja en una institución pública, durante la entrevista nos comentó que se había casado ya “madurita” y que sus hijos también los tuvo pasados los 30 años, tiene dos hijos Ariel de 7 años y Amelia de 5, los dos nacieron en clínicas particulares. Las atenciones ginecológicas las ha realizado en consultorios particulares y por mantener la historia clínica necesaria para cualquier emergencia también asistía a la consulta en el seguro social. A la pregunta antes mencionada, ella respondió:

---

<sup>17</sup> El examen de Papanicolaou es un procedimiento que se lleva a cabo para detectar el cáncer cervical en las mujeres.

Todas mis consultas han sido normales, no he tenido malas experiencias, salvo una ocasión cuando estaba embarazada de Ariel, tuve que internarme en una clínica y por eso no estuvo mi ginecóloga, sino estuvo un ginecólogo de la clínica, no me sentí nada bien, aparte de eso me sentí incómoda porque me daba la impresión de que era morboso el doctor (Crucita, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Alguna vez que tuve un eco transvaginal,<sup>18</sup> cuando llegue habían cambiado y ya no estaba la doctora y me atendió un doctor, entonces fue incomodo porque era un eco transvaginal y no me gustan ginecólogos varones, pero creo que fui yo (Crucita, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Así también, Cris mujer mestiza de 39 años, estudió publicidad y relaciones públicas en una universidad privada, al momento se encuentra desempleada a consecuencia de la pandemia, sin embargo, menciona que el poder estar en estos momentos con sus tres hijas ha sido muy gratificante. Dos de sus tres hijas son gemelas. El primer parto fue en una clínica privada, mientras que el segundo, el gemelar fue atendido en una clínica derivada del seguro social, en varias ocasiones durante la entrevista comentaba sobre las diferencias entre las atenciones en un establecimiento privado y en los establecimientos públicos, respondiendo con una experiencia a la pregunta formulada.

Al médico le dije que era un parto gemelar, entonces él me dijo si sabe que usted se puede morir o sus hijas, entonces me puse a llorar y pensé que poco corazón de este médico, yo sabía que mi embarazo era riesgoso, pero no era la forma de decirlo, entonces yo me sentí súper mal, y no continúe con la cita (Cris, mujer, en entrevista con la autora, marzo de 2020).

Cuando me tienen que hacer el Papanicolau es horrible, eso no me gusta la verdad, pero es algo que todas las mujeres debemos hacernos anualmente, pero si me siento incomoda, no me gusta, la verdad es que me incomoda el saber que tengo que ir al ginecólogo (Cris, mujer, en entrevista con la autora, marzo de 2020).

Los exámenes que a mí me desagradan son los Papanicolaous, por el instrumento que utilizan para poder realizarlo (Paty, mujer, en entrevista con la autora, marzo de 2020).

---

<sup>18</sup> Ecografía transvaginal. Durante una ecografía transvaginal, mientras estás acostada de espaldas sobre una camilla de exploración, tu médico o un técnico médico introduce en la vagina un dispositivo parecido a una varita mágica llamado «transductor» (Clinic 2015).

Vemos como las incomodidades se basan en lo invasivos que pueden ser ciertos procedimientos que se realizan en el cuerpo de la mujer, entonces ratificamos lo mencionado por Blackman (2012) en Cedillo, García y Sabido, sobre que el cuerpo no es una entidad fija y estable, sino que va variando de acuerdo con las afectaciones que tengan con otros cuerpos manteniendo “aquellos registros de experiencia” que afectan al cuerpo fuera del “discurso de emociones” o de la representación de los sentimientos.

Por otro lado, como parte de la formación que se debe impartir a los estudiantes de medicina, existe la posibilidad de transmitir los conocimientos de manera presencial y práctica, por lo que preguntamos a nuestras entrevistadas, si alguna vez fueron examinadas en presencia de otras personas sin que pidieran su consentimiento. A lo que respondieron que eso les había ocurrido en alguna atención en una consulta en el sector público, puesto que, tanto en los consultorios privados, como en las clínicas privadas esto no ocurre, pues se respeta su privacidad e intimidad.

Otra de las entrevistadas, Sandy, mujer afroecuatoriana de 33 años, trabaja en el sector público, es economista, casada, de clase media, la mayoría de sus atenciones ginecológicas han sido en el seguro social. Comentó que al ser su esposo la única persona con la que ha estado íntimamente prefiere que sean ginecólogas mujeres las que la atiendan, ya que no le gusta que otros hombres le revisen sus partes íntimas, pues eso le hace sentir incomoda. También menciona haber sido examinada en presencia de otras personas sin pedirle su consentimiento. “Si, fue en el parto en el Patronato San José y en el IESS también, fueron estudiantes en el parto y en la consulta las enfermeras que fueron dos y no me pidieron mi autorización” (Sandy, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Otra de las preguntas que rutinariamente se realizan a las mujeres como parte de los protocolos en las consultas ginecológicas y que tienen que ver con la detección de neoplasia cervical,<sup>19</sup> hace alusión a la promiscuidad de las mujeres, aunque también ha sido detectado en las mujeres que mantienen una sola pareja sexual, por lo que se podría pensar que,

---

<sup>19</sup> “La neoplasia intraepitelial cervical es una lesión que se considera la antesala del cáncer cérvicouterino” (Sarduy 2008, 1).

(...) el papel del hombre en la génesis del cáncer de cuello uterino y sobre todo el varón de riesgo o promiscuo, que mantiene relaciones sexuales sin protección, ya que tiene una probabilidad más elevada de desarrollar una infección por el VPH (Cordero 2015, 380).

Es por esta razón que se suele indagar sobre el número de parejas sexuales que la mujer ha tenido, sin embargo, no a todas las entrevistadas les habían realizado esta pregunta, y a las que, si les habían interrogado, les parecía incómodo y no entendían el porqué de este cuestionamiento, y la incógnita era saber si con los hombres se realiza el mismo proceso. Se podría pensar que se tratan de protocolos que llevan en sus orígenes estereotipos de género en los que se desea demostrar la promiscuidad de la mujer.

Como se mencionó previamente, las entrevistas semiestructuradas permiten revelar situaciones que no se habían considerado desde un inicio, y así descubrir otros hechos que causan malestar e incomodidad a las mujeres. Al respecto podríamos mencionar que salieron a relucir algunas novedades como, por ejemplo, la histerectomía<sup>20</sup>, procedimiento por el cual se extrae el útero, razón por la que deja estéril a la mujer, ocasionando en ella un vacío y un shock emocional. A pesar de ser una cirugía totalmente necesaria, les afecta, así lo menciona en su proyecto de investigación Cristina Miranda (2013), previa la obtención de su título de médica, en su informe revela:

La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas. En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma (Miranda 2013, 5).

Esto se ratifica con lo afirmado por Rocío durante su entrevista cuándo tratamos el tema de la histerectomía que le fue realizada. Ella es una mujer de 47 años, había estudiado en una universidad privada, sin embargo, por sus responsabilidades en su hogar y la crianza de sus

---

<sup>20</sup> Una histerectomía es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero. Es una operación importante con un periodo de recuperación largo y sólo se considera después de probar tratamientos alternativos menos invasivos. Después de una histerectomía ya no tendrá periodos menstruales y no podrá quedar embarazada (Muñoz 2018).

tres hijas no ha podido concluir sus estudios, actualmente se encuentra trabajando en su propio negocio instalando láminas de seguridad. Durante la entrevista comento que la mayoría de sus consultas ginecológicas las había realizado en consultorios privados, sin embargo, sus dos primeras hijas nacieron en el seguro social y únicamente su último parto fue atendido en una clínica privada, pues su intención era realizarse la ligadura como método de planificación familiar definitivo, pues ya tenía tres hijas y consideraban con su pareja ya era suficiente. Después de algunos años empezó a sentir molestias por lo que la recomendación del médico fue realizar la histerectomía, por tal razón pregunté cuál era su sentir al recibir esta noticia.

El médico me dijo que era lo mejor hacerme la histerectomía, porque ya había cumplido mi función como madre y que más bien en un futuro me podría producir algún cáncer, entonces me dijo que yo decida, si me puse un poco triste porque obviamente te sacan algo donde tu diste vida a tus tres hijas y de pronto que te tengan que retirar me daba tristeza, mucha pena y aparte de eso miedo de la operación (Rocío, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

También me pareció importante dar a conocer lo mencionado sobre este procedimiento en “Dulces Magnolias” una serie de Netflix que me encontraba mirando mientras realizaba mi investigación, y que hacía referencia a una pintura que fue realizada y que llamaba la atención por lo que representaba, la madre le explicaba a su hija.

Recuerdas el auto retrato que hice cuando eras adolescente, era algo que debía hacer por mí misma, quería recordarme que fui mujer, tuve mi histerectomía poco antes, me cambió, la forma que sentía sobre mí (Paula 2020).

Estos dos comentarios están relacionados con lo que la sociedad considera que es la esencia de ser mujer y que por lo visto nosotras como mujeres también tenemos cosificado. La reproducción es un mandato que nos fue impuesto y bien lo menciona, Castro y Bronfman (1993),

(...) el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático de control organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones son percibidas. Así, la menopausia es entendida como una falla general del sistema central, a consecuencia de la cual los ovarios “dejan de responder” y el hipotálamo comienza a “dar órdenes inapropiadas”. El cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado

fundamentalmente hacia la reproducción. Por ello la ovulación es descrita como un proceso en el que todos los cambios del organismo tienen lugar con miras a preparar el ambiente adecuado para la fertilización del óvulo (Castro y Bronfman 1993, 387).

Con respecto a las categorías relacionadas con la violencia obstétrica,<sup>21</sup> en la entrevista realizamos algunas preguntas sobre hechos que ocurren en algunos de estos momentos, tomando en cuenta que también se incluyen las cesáreas forzadas, por lo que preguntamos, si les habían asesorado durante las consultas ginecológicas sobre la manera en que podía dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea, para esta pregunta tuvimos variedad de respuestas, algunas en las que mencionaban que sí fueron asesoradas pero que hicieron lo que el médico les dijo que era lo más recomendable, considerando que en esos momentos nos encontramos sensibles, vulnerables y solo queremos tomar la mejor decisión para que todo salga bien. Otras mencionaron que pensaban que los costos son muy altos, que al parecer se volvió un negocio. Mientras que otras mujeres, solicitaron que les realicen el procedimiento de la cesárea pues preferían eso a los dolores que les podía ocasionar un parto natural.

Existen algunas prácticas que sin lugar a duda causan incomodidad, dolor e inseguridades por lo que creímos importante incluir en la entrevista las mismas preguntas que se utilizaron en la encuesta nacional, con el fin de conocer si experimentaron algunos de estos hechos, a continuación, las preguntas propuestas:

- la gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho?
- le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema)?
- le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación?
- le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?
- le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?
- le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto?

---

<sup>21</sup> La violencia obstétrica es el abuso físico, sexual y verbal, la intimidación, la coacción, la humillación y agresión que se produce durante el trabajo de parto y al momento de dar a luz la mujer, por personal médico, enfermeras y parteras (ConceptoDefinición 2019).



- le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo?
- le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?

En estas preguntas se incluyen aquellas que pueden ser catalogadas como violencia psicológica, física, sexual, pues la violencia obstétrica incluye todas estas agresiones juntas, a parte de la institucional que es ejercida por el personal médico, enfermeras, etc., vulnerando los derechos de las mujeres, de acuerdo con lo mencionado por la OMS,

(...) específicamente sobre violencia obstétrica y declaró que: «En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo **viola los derechos de las mujeres** a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (Valentina s.f., 1).

Es así como pudimos ratificar las huellas que dejan las malas experiencias en los momentos más cruciales de la vida y que son de gran significancia para las mujeres, comentarios que son inapropiados como, por ejemplo, nos comentó Sandy.

Si justamente en el parto una doctora me comento y dijo, a si seguramente el próximo año te voy a ver de nuevo, y fue como (su expresión dice que es no tenía por qué hacer ese comentario), esto fue en el Patronato San José de Chimbacalle (Sandy, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Por el contrario, en algunas de las entrevistas, recordaban claramente las “buenas atenciones” que se pueden dar en las clínicas privadas pues la atención es más personalizada y el trato es diferente, los tactos por ejemplo no se los realiza de manera seguida y menos aún por diferentes personas, pues quien las va monitoreando, por lo general, es el mismo médico de confianza.

Una de las prácticas más invasivas y que todas las mujeres recordamos son los tactos<sup>22</sup> vaginales, procedimiento que sirve para medir la dilatación del útero de la mujer, en la labor de parto, y que en los establecimientos públicos suele ser de los exámenes que los estudiantes lo deben practicar y que causa molestia e incomodidad.

Angy tiene 34 años, casada, estudió comunicación social, al momento se encuentra desempleada, la mayoría de sus atenciones las ha mantenido en consultorios privados, dice preferir que su ginecólogo sea hombre ya que en alguna ocasión tuvo una mala experiencia con una médico mujer. Cuando le pregunté sobre algún procedimiento que le hizo sentir incomoda, quiso compartir lo que le ocurrió cuando tenía un embarazo de alto riesgo, pues su parto iba a ser prematuro.

Mi ginecólogo me dijo no quiero que nadie te esté revisando a cada rato porque eso va a ser mucho más grave, venían y me decían que me iban hacer el tacto y no me deje y no me deje (Angy, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

En algunos de los casos a pesar de ser el parto por cesárea se les exigió el afeitado de la región púbica, por lo que podríamos pensar que se cumplen con procedimientos que son institucionalizados pero que no son necesarios. Curiosamente todas las entrevistadas que fueron atendidas en clínicas privadas, tuvieron sus partos por cesárea y en todos los casos existió algún tipo de inconveniente indicado por el doctor para programar la cesárea, y en otros casos fue por decisión propia de las pacientes.

Si me asesoraron, pero también como que hubo un criterio predispuesto, que me decía que, si yo daba a luz por parto normal, mi primer hijo era demasiado grande mi pelvis muy estrecha y entonces se podía complicar el parto, entonces lo que sugirió la ginecóloga era la cesárea (Crucita, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Otro momento crucial e importante es el primer contacto con el nuevo ser, una vez que nace él bebe y si no ha tenido complicaciones es entregado a la madre para su primer contacto. Sin

---

<sup>22</sup> El tacto vaginal es una prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano de un explorador en la vagina de la mujer para obtener información mediante el sentido del tacto (Bastida 2009).

embargo, en la mayoría de los casos es cuidado en las noches por las enfermeras pues se piensa que la madre por agotamiento en la labor de parto o por las molestias causadas en las cirugías debe descansar, hasta que a la madre le “nazca la leche” o pasen los momentos de recuperación del bebe o la madre. “Como fueron dos niñas, estaban bajas de peso y necesitaron la incubadora, las veía solo en la sala de neonatos y esa situación también fue muy triste (Cris, mujer, en entrevista con la autora, marzo de 2020).

Sin embargo, esta situación difiere mucho de la información que nos mencionaron ocurre en los establecimientos públicos, en los que una vez entregado él bebe a la madre ella permanece todo el tiempo con su hija o hijo, intentando durante todo ese tiempo cuidar a su bebe e iniciarse en la lactancia.

En lo que respecta a las consecuencias que ha ocasionado esta pandemia a la Salud, Sexual y Reproductiva de las mujeres, y haciendo referencia a otras circunstancias similares, podemos indicar la siguiente información, “por lo que se conoce de otras epidemias, (ebola) un aumento importante de casos de Mortalidad Materna (22%) y embarazos no intencionales (hasta 200%)” (GTR 2020, 11). Con estos antecedentes es importante mantener la prestación de servicios esenciales, que se requieren para las consultas de emergencia, considerando los riesgos actuales en los que se encuentra inmerso el sistema de salud.

Ahora, en tiempos de pandemia en este tipo de atenciones médicas, las mujeres no se sienten seguras de asistir a los servicios de salud, a pesar de que en algunos casos es inevitable, así lo menciona Nanny que tuvo su parto en medio de la pandemia. Nanny tiene 30 años, es economista y trabaja en una institución pública, estuvo embarazada de su primer hijo y tuvo que acercarse a dar a luz al inicio de la pandemia, situación que complicaba aún más el momento especial que estaba por experimentar ya que la posibilidad de un contagio era inminente, sobre su experiencia nos comenta,

A pesar de que entrábamos por otro lado, yo no me sentía segura, tenía miedo de que algo me pase a mi o a mi hijo, todos estábamos con mascarilla, era una situación nueva y diferente, solo quería que mi hijo este bien (Nanny, mujer, en entrevista con la autora, abril de 2020).

Vemos que la emergencia sanitaria a pesar de haber paralizado al mundo, han existido situaciones que son parte de la cotidianidad y que deben seguir su curso, según el relato de

Nanny vemos como las mujeres que van a ser madres piensan en el bienestar de sus hijos sobre el suyo propio.

Una vez que se ha realizado las entrevistas a mujeres y he podido conocer cuál era su percepción sobre las experiencias en las consultas ginecológicas y obstétricas, considero que es importante vincularle con mi propia experiencia, pues por lo general tendemos a pensar que hay situaciones que no nos afectarían o que, por lo contrario, se suele decir: “solo a mí me pasa”. Por tal motivo, al sentirme identificada con algunos relatos, decidí incluir mi autobiografía, dando a conocer mis vivencias en este ámbito, pues esta investigación se ha convertido en mi proyecto de vida, al darme cuenta que al igual que muchas mujeres he naturalizado la violencia.

### **3.3. Mi historia en mis partos**

Entonces, con el fin de complementar la información proporcionada en las secciones, he decidido contar algo sobre mi experiencia para dar a conocer la visión de una mujer, de clase media, mestiza, una mujer que fue madre adolescente con un total desconocimiento. Por tal razón quisiera dar a notar la construcción social de género que está inmersa en la misma reproducción, “el sexo, el género, el cuerpo y su materialidad como procesos que son construidos social, pero sobre todo discursivamente” (Moreno 2018, 234).

Para empezar, he reflexionado sobre la responsabilidad que desde tan corta edad las mujeres debemos asumir por nuestra biología, y vienen a mí los recuerdos de mi niñez jugando con mis amigos y amigas, quizá sea de los momentos que siempre estarán en mi mente y que sin imaginar fue el inicio de mi ser como mujer.

Desde pequeña fui una niña grande, que aparentaba más edad de la que tenía, mi cuerpo iba cambiando mis pechos fue lo primero que crecían, ya no podía usar camisetitas sin tener que utilizar los famosos “formadores”, cuya función era esconder el cambio que experimentaba, los vellos de igual manera crecían en mis axilas y “allá abajo”.

Recuerdo que tenía doce años era en noviembre y después de hacer mis tareas salí a jugar en la calle con mi mejor amiga, jugábamos elástico cuando sentí que algo me paso, fui corriendo al baño y la gran sorpresa mi interior estaba manchado de sangre. Salí despavorida del lugar,

no fui ni a mi casa, sino a casa de mi tía que era a quien tenía confianza, me sentía mal, no entendía y toda yo me sentía “sucía”, era algo nuevo y extraño. Le conté a mi tía y me dijo “Hay mijita... ya eres una mujercita”, pero si siempre fui mujer me decía, ¿cuál era la diferencia?, a mi corta edad no comprendía la diferencia.

A partir de aquel momento todo cambio, mi cuerpo se desarrolló más, y mes a mes debía lidiar con la menstruación, usar las incómodas toallas sanitarias que me provocaban alergia, y dolores en el vientre, pero como solían decir, “es el costo de ser mujer”, y la recomendación era debes cuidarte, los enamorados cuando seas más grande, porque siempre debía cuidarme y no aceptar nada, siempre tener presente que “el hombre propone y la mujer dispone”. Mi familia era muy conservadora por lo que tener enamorado siempre fue visto como algo malo, a los dieciséis años tuve mi primer enamorado, era un chico del barrio, dos años mayor a mí, llevábamos una relación normal de chicos que iban creciendo y poco a poco se enamoraban y descubrían nuevas sensaciones y emociones.

Sin pensar, y a pesar de los cuidados de mis padres lo inevitable sucedió y como solemos pensar que las cosas a nosotros no nos pasan, o no nos llegan, nunca imagine que me podía embarazar. De hecho, la educación sexual en un colegio de monjitas era muy básica y prácticamente solo relacionado con anatomía, y en casa ni se diga, conversar de aquellos temas, un tanto incómodo era casi impensable.

Apenas tenía dieciocho años y ya estaba embarazada, que sensación tan difícil de describir, me sentía sola y culpable, solo sabía que quería a mi bebe, y en ese momento pensaba que mi enamorado iba a estar a mi lado, pero claro para él era solo una opción, sin embargo, decidimos casarnos.

Lo complicado se nos venía, comunicarles a nuestros padres era lo difícil, pero estábamos decididos, queríamos estar juntos y deseábamos tener a nuestra hija o hijo, bueno a pesar de la vergüenza que les podía causar a mis padres y todo lo que conllevó esta situación inesperada, mi embarazo progresaba, y los primeros indicios de la nueva vida. Llegaron las molestias, vómitos y estragos, así pasaron los tres primeros meses, las recomendaciones de las conocidas no se hacían esperar, las visitas al ginecólogo eran incómodas, pero el conocer como estaba el bebé era lo importante. En la mayoría de las consultas estuve acompañada por el padre de mi

hija, los dos éramos neófitos e inexpertos, solo seguíamos las recomendaciones de los entendidos.

Pero lo bueno estaba por venir la labor de parto inició, las contracciones llegaban y se iban, y por supuesto guiada por mi madre y todos sus saberes transferidos por sus antecesoras en turno, me decía, “hay que tomar agua de canela para que salga el frío y se dilate pronto”, prácticamente fueron doce horas de labor de parto entre contracciones. Por mi condición de mujer adolescente, casada, pero sin una estabilidad económica decidimos que él o la bebe (todavía no se conocía el sexo), nacería en un establecimiento público, pero ahí tenía que portarme “macha”, pues no se permitían acompañantes, iba a entrar sola y solo tendrían noticias cuando nazca él bebe.

Con muchas expectativas y temores ingrese con dolores fuertes a ratos incontrolables, mis “dulas” familiares, me decían “no gritarás porque las enfermeras no te van a atender”, “no gritarás porque se te van todas las fuerzas para pujar”, en fin, con tantas recomendaciones y poca información real, me enfrentaba a mi primera experiencia como madre, era primeriza, pero eso no le importaba a nadie ahí adentro, solo era una más a quien tenían que atender. Mientras me examinaban, venían una y otra vez, distintos practicantes de medicina hacer el tacto vaginal<sup>23</sup>. Después seguía la llamada “preparación”, esta práctica consistía en rasurar todo el vello púbico, una sensación fatal porque entre los dolores me acostaron en una camilla, sin ningún cuidado adicional y como cualquier cosa con el frío de una navaja me rasuraron, en mis adentros pensaba que debe ser por higiene.

Pero lo que más me resulto invasivo fue el “lavado”, introducían una pequeña manguera por el ano, y sin ninguna explicación me indicaron que vaya al baño, un inodoro de hospital no tan limpio; con una sonrisa burlona, la enfermera solo me dijo “debe tener cuidado y no pujar porque puede salir él bebe y caer en la tasa”.

---

<sup>23</sup> Los tactos ofrecen una información valiosa, sin embargo, deben realizarse únicamente cuando sea estrictamente necesario. Esto quiere decir que, en principio, si el parto va bien no hay necesidad de realizarlos. La OMS aconseja realizarlos cada 4 horas o antes si la gestante tiene sensación de pujo y la SEGO los recomienda cada 2-4 horas.

En el momento en que se produce la rotura de bolsa están (a priori) desaconsejados pues los dedos pueden arrastrar microorganismos de la vagina hacia el cuello del útero y provocar riesgos de infección.  
<https://salud.ccm.net/faq/24108-tacto-vaginal>

Toda esta preparación extraña e invasiva, para llegar a uno de mis momentos más importantes, y que además estaba lleno de indiferencia y malos tratos por enfermeras y médicos.

En el momento mismo del parto, ubicada en una posición totalmente incomoda, con una bata, acostada, abierta las piernas y con una obstetrix de turno completamente desconocida que solo me pedía que puje y me repetía que estaba en mis manos que mi hijo o hija nazca bien. En el éxtasis de los dolores sentí que me cortaron y rompieron mi bolsa, inmediatamente nació mi hija, fue una sensación incomparable, llena de emoción y expectativa, sentía felicidad, pero mucho miedo a la vez no sabía a qué me enfrentaba.

Mi hija nació y aparentemente todo había finalizado e iniciado a la vez, una vida empezaba y un mundo lleno de experiencias para mí, todo el tiempo algo nuevo, íbamos creciendo al mismo tiempo.

A pesar de los dolores, las molestias y todo lo que implicó, me embaracé cinco veces más, era cierto el dicho “dolor olvidado”, de los seis embarazos que tuve, tres fueron embarazos finalizados, tres partos normales, tengo dos hijas y un hijo, además de un embarazo ectópico y dos abortos espontáneos, cada embarazo, tiene su historia.

La salud reproductiva de la mujer incluye la planificación familiar, prácticamente se nos endosó esta responsabilidad. Por tal razón, por prevención y por encontrarnos en edad fértil, existen procedimientos que debemos realizarnos año a año, por ser mujeres debemos cuidarnos.

Coincidió que, durante el desarrollo de mi proyecto de investigación y en tiempos de pandemia, los controles médicos anuales se debieron posponer, pues las restricciones continuaban, el recelo de acercarse a un consultorio médico estaba latente. Sin embargo, yo debía tener la prolijidad de realizarme el Papanicolau respectivo pues hace algunos años me detectaron HPV,<sup>24</sup> una enfermedad que debe ser controlada, pues a pesar de estar

---

<sup>24</sup> “El VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más común. El VPH es un virus distinto al del VIH y VHS (herpes). El VPH es tan común que casi todos los hombres y todas las mujeres sexualmente activas lo contraen en algún momento de su vida. Hay muchos tipos distintos de VPH. Algunos tipos pueden causar

aparentemente curada, siempre queda la inquietante duda que se podría reactivar. El hecho de ser una enfermedad que puede ser de transmisión sexual siempre causa ciertas molestias no solo de salud o físicas, sino también sociales.

Por lo antes mencionado, decidí asistir a la consulta de rutina que se encontraba pendiente, en ésta, mi médico tratante me detecto un mioma, “caramba, pensé y ahora que implicaciones me podría traer, este nuevo descubrimiento”. Sin tener muchas molestias ni sangrados que según amigas y familiares que habían pasado por situaciones similares, comentaban eran típicas en estos casos, tome la decisión de aceptar realizarme la histerectomía que me aconsejo mi médico ginecólogo, pues me indicó era lo más conveniente en mi caso, “iba a matar dos pájaros de un tiro”, solucionaba en tema de la nueva afección y al no tener útero desaparecía el problema de HPV, además que se iban a suspender las molestas menstruaciones que quiera o no siempre incomodan.

Tome las cosas con mucha tranquilidad, pues analizando me iban a traer más beneficios que inconvenientes, era solo una operación más, además decían, el útero sirve para dos cosas, “Para dar hijos y para dar cáncer”.

Ya en la clínica elegida se realizaron los trámites y exámenes correspondientes, contemplando que en época de COVID-19, otras eran las nuevas realidades, una prueba para ratificar que no estaba contagiada y restricciones de acompañamiento y visitas. Como lo había mencionado anteriormente mis partos fueron naturales por lo que no había pasado por una anestesia raquídea, pedí me sedaran para no estar consciente durante la cirugía, pero durante la preparación, los médicos conversaban sobre que música iban a escuchar en este momento, mientras yo estaba tapada con una tela que impedía cualquier contacto visual con el área de trabajo. La operación fue rápida y exitosa, me sentía muy bien, con los cuidados pertinentes logré salir sin dificultades, no obstante, algo que pensé no me iba a afectar, pues ya había sido madre por tres ocasiones, a pesar de todo, tenía la sensación de sentirme incompleta. También estaba atravesada por la concepción misma que tenemos las mujeres sobre la maternidad, el hecho de ya no tener mi órgano reproductor me produjo una sensibilidad inexplicable. Pude

---

problemas de salud como verrugas genitales y cánceres. Pero hay una vacuna que puede evitar que estos problemas de salud ocurran.” (CDC 2017)



vivir en carne propia lo que muchas mujeres decían haber sentido y yo no podía entender. Mi cuestionamiento era ¿será que esta ausencia física se convierte en una carencia emocional? A pesar de toda la información recibida y de la que yo misma investigue, solo se entendía que se trataba de una operación, pero después de haber pasado por esta experiencia pude entender y podría asegurar que no solo se requiere información sino un acompañamiento terapéutico empático, para que las mujeres podamos asimilar y entender qué es lo que pasa con este tipo de pérdida, debemos recordar que nos hemos formado y crecido con toda una concepción social de entes reproductoras y maternas.

### **3.4. Conclusiones**

Ha sido muy grato contar con la predisposición y voluntad de las mujeres contactadas, para participar en las entrevistas. Lamentablemente el tiempo, los horarios y las distancias han sido un limitante para poder realizar las entrevistas planificadas, además que ha sido complicado conseguir un tiempo propicio para realizarlas debido a la emergencia sanitaria que estamos viviendo actualmente. El aislamiento ha impedido concretarlas de manera presencial, sin embargo, con el fin de continuar con las actividades previstas y adaptándome de alguna manera a la actual realidad, he realizado las entrevistas de manera virtual, a pesar que tratar estos temas tan delicados lo vuelve impersonal.

El haber realizado entrevistas semiestructuradas ha sido de gran ayuda, pues me ha permitido identificar temas que no fueron considerados y son de gran valía, por ejemplo, los embarazos y partos múltiples, partos prematuros y algunos procedimientos ginecológicos que no los había considerado en un inicio.

Al analizar las entrevistas y los resultados de la encuesta hemos podido ratificar que la mayoría de las mujeres que hemos recibido atenciones gineco-obstétricas, hemos experimentado este tipo de vulneraciones, estos hechos han sido naturalizados por todas nosotras, pues los considerábamos normales.

Así también, pude comprobar que mis experiencias son similares a las de muchas mujeres, que tampoco había considerado a ciertas prácticas médicas como manifestaciones de violencia, a pesar de sentir ciertas molestias, hipersensibilidad y emociones que no siempre podemos entender, hemos creído que todo es parte de lo que debe suceder.

Después de todo lo dicho es importante conocer porqué, se realizan estas acciones que nos hacen sentir incómodas y que ya han sido identificadas como manifestaciones de violencia. Es necesario que las instancias pertinentes vigilen que se cumplan con las normativas establecidas para no incurrir más en estos malos hábitos aprendidos.

## **Capítulo 4**

### **El poder en sus manos, formación y rutina de profesionales de la salud**

#### **Introducción**

En este capítulo se abordará la percepción de los profesionales de la salud en dos escenarios, durante su formación y en la cotidianidad de sus consultas médicas, de esta manera cumpliré con uno de los objetivos específicos de mi investigación, el cual consiste en analizar las impresiones de los trabajadores de la salud en las atenciones ginecológicas y obstétricas.

Tal como lo hice en el capítulo anterior, en este también utilicé herramientas metodológicas que puedan ser complementarias, como, por ejemplo, he considerado las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales de la salud en las que indago sobre su formación académica y sus experiencias en las atenciones gineco-obstétricas. Para este fin realicé entrevistas a estudiantes de la carrera de medicina, médicos ginecólogos, de otras especialidades, pero cuya formación de pregrado fue medicina y a obstétricas.

Es así como utilizando la información obtenida en las encuestas realizadas entre abril y junio del 2020, investigue la formación que recibieron, los procesos de aprendizaje, las prácticas médicas requeridas y las normas establecidas. De igual manera, consideré necesario conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre las expresiones de poder que se pueden evidenciar en las consultas médicas y durante el parto. Además, ha sido mi interés identificar las actitudes de los profesionales en las atenciones dependiendo de los lugares en los que se estas se realizan.

Por otro lado, exploré la normativa médica establecida por las instituciones encargadas de la temática, en este caso para el Ecuador el Ministerio de Salud Pública, además revisé las mallas curriculares que se imparten en las carreras de medicina de algunas universidades públicas y privadas del país, con el fin de comparar e identificar similitudes y diferencias entre los centros de educación públicos y privados, respecto a las mallas, así como en el aprendizaje mismo.

Como lo he mencionado en capítulos anteriores la pandemia ha ocasionado muchos inconvenientes. Por ejemplo, en el trabajo de campo nos impidió continuar con las entrevistas

que se tenían previstas realizar para esta sección. Para el caso de las entrevistas planificadas conseguir tiempo para concretar las mismas con médicos, enfermeras, obstétricas fue muy difícil. Es necesario recordar que, a causa de la emergencia sanitaria, los profesionales de la salud se encontraban en la primera línea de atención, su horario de trabajo en la mayoría de los casos era 24/7, volviéndose muy complicado conseguir una cita con los servidores de la salud. Sin embargo, pude contar con la colaboración y buena voluntad de los trabajadores sanitarios.

Para el desarrollo del presente capítulo las categorías que analicé son, Poder, Habitus, Estado, entrelazadas con las categorías de violencia y género; que son las que se encuentran presentes en todo este proyecto de investigación. He considerado que estas categorías son las que se encuentran transversalizadas por las diferencias que se pueden generar entre los aprendizajes en los establecimientos educativos del sector público y privado.

#### **4.1. Aprendiendo en otros cuerpos, ¿Cómo aprenden los profesionales de la salud?, ¿Cómo fue su formación?**

En esta sección, analizaremos la formación que recibieron los profesionales de la salud en sus centros educativos, sean estos públicos o privados, esto es de vital importancia, pues estas prácticas aprendidas serán las que se instauran en sus atenciones médicas. A partir de las entrevistas realizadas preguntaremos ¿cómo fue la formación durante sus años de estudio?, indagar sobre algunos aspectos, como el tiempo programado para alcanzar la formación esperada, la manera en la que se realiza el aprendizaje y las normativas que se deben impartir según lo dispuesto, son aspectos necesarios de conocer.

Así también he considerado importante identificar las diferencias que existen entre las atenciones ginecológicas y obstétricas con las de otras especialidades, por lo que realice la pregunta para conocer la percepción de los profesionales de la salud en referencia a este cuestionamiento.

María es una chica de 23 años, ella estudió en un colegio católico muy conservador, regido por una congregación Opus Dei,<sup>25</sup> actualmente se encuentra estudiando medicina en la

---

<sup>25</sup> “El Opus Dei es una institución de la Iglesia católica fundada por San Josemaría Escrivá de Balaguer.

UDLA, universidad privada, catalogada como costosa, a la que no todas las personas pueden tener acceso. Cuando le preguntamos sobre la diferencia que existía entre las atenciones ginecológicas y las de otra especialidad, María nos respondió,

Es el trato a la persona, cuando hablamos de una cita ginecológica, la paciente debe ser atendida de la mejor manera, porque se examina partes privadas de la mujer, se examina partes muy íntimas... las mujeres se pueden sentir acosadas por los hombres (María, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Ha sido fundamental identificar como “el trato” a las pacientes es de las cosas que se consideran esenciales y que marcan la diferencia, pues se debe tomar en cuenta lo sensible de estas atenciones en vista que se examinan partes “íntimas” de las mujeres. En este sentido, es necesario revisar que se ha mencionado sobre “el trato”. Es brindar un trato digno y respetuoso, es un derecho que tienen los y las pacientes durante la atención a su salud por parte del equipo de salud (Nieto-González 2011).

Adicionalmente se podría considerar al dar un servicio de calidad, en el que se provea atención oportuna, y se proporcione información requerida, a parte de la empatía que se pueda generar con la paciente para construir un espacio de confianza que le dé seguridad. “El respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social” (Nieto-González 2011, 6).

Para la carrera de medicina en los primeros años, a parte del inicio del aprendizaje en las asignaturas propias, también se incluyen las que hacen referencia al ámbito legal, fundamentos integrales, clínicos, todos los que son básicos y requeridos para llegar hacer un buen médico. Es por esto por lo que les pregunté, ¿ha tenido que atender a mujeres que no son de su agrado? Todas las personas entrevistadas dijeron que no, que nada les incomoda, pues

---

Su misión consiste en difundir el mensaje de que el trabajo y las circunstancias ordinarias son ocasión de encuentro con Dios, de servicio a los demás y de mejora de la sociedad. El Opus Dei colabora con las iglesias locales, ofreciendo medios de formación cristiana” (Almudi 2014).

se están preparando para atender a todos los pacientes por igual, su elección ha sido prepararse para servir.

Es así como se aprende a atender al paciente, la formación va de la mano con la vocación de servicio, el respeto, la moral, la ética, las creencias religiosas. También la cultura es otro aspecto muy importante para considerar. Así lo menciona Langdon,

(...) el “buen paciente” es aquel que “posee cultura”, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el “sin cultura”, considerado un paciente más “difícil”, que actúa equivocadamente por “ignorancia” o guiado por “supersticiones (Langdon 2010, 178).

Entonces de acuerdo con lo antes mencionado, ¿deberíamos concluir que quien posee cultura es un “buen paciente” ?, la pregunta sería, ¿los profesionales de la salud, a pesar de la vocación de servicio, deben categorizar a los pacientes? Estas son de las cosas que vuelven a los profesionales, seres humanos y pueden caer en estereotipos y discriminaciones.

Ahora bien, según las entrevistadas realizadas, como parte del aprendizaje se deben incluir asignaturas sobre ética profesional, leyes, etc. Pero en referencia a las atenciones ginecológicas, estas son impartidas en los años superiores, a parte de la teoría que reciben sobre la anatomía de la mujer que, en algunos casos según las mallas curriculares de las universidades investigadas, pueden variar su denominación, por ejemplo, la llaman “embarazo y parto”,<sup>26</sup> “Ginecología”,<sup>27</sup> “Embarazo normal y preventivo, complicaciones del embarazo”,<sup>28</sup> “ginecología y obstetricia”,<sup>29</sup> “Gineco-obstetricia”.<sup>30</sup> Pero en todos los establecimientos educativos concuerdan, que es imprescindible realizar prácticas.

En estos niveles ya se estudia asignaturas más avanzadas. Uno de los entrevistados mencionó, “en el noveno semestre lo que es ginecología, en los meses previos se ve

---

<sup>26</sup> Facultad ciencias de la salud “Eugenio Espejo”, Universidad Tecnológica Equinoccial

<sup>27</sup> Facultad de medicina, Universidad Internacional del Ecuador

<sup>28</sup> Facultad de medicina, Universidad de las Américas

<sup>29</sup> Facultad de medicina, Universidad Central del Ecuador

<sup>30</sup> Colegio de Ciencias de la salud, Medicina, Universidad San Francisco

patologías, embriología, anatomía, y en cuanto a obstetricia en el décimo semestre” (Paúl, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Yo aprendí en quinto semestre en una materia que se llama semiología en la que nos enseñan cómo identificar diferentes patologías ginecológicas como por ejemplo secreciones vaginales, molestias en los senos, lo que también nos han enseñado es sobre el trato a las pacientes, el pudor, el respeto que se le debe dar el momento de la consulta (María, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Ahora bien y tomando en cuenta lo mencionado por María con respecto con el “trato a las pacientes” y el “pudor”. Pues bien, en primera instancia analizaremos que es el pudor, según (Selz 2018), está asociado a la sexualidad “es un malestar, sincero o fingido, provocado por cosas que se ven y no deberían verse o que uno muestra contra su voluntad”. (Selz 2018, 12), también habla del pudor que se ve y el que se muestra, el que se siente con la mirada, el que ha visto lo que no era permitido. Entonces hace referencia a la desnudez, pero también hace referencia al ámbito social, las prácticas convencionales en las culturas, las buenas o malas costumbres, la educación. Seguramente se continuará enseñando de la forma que tradicionalmente se venía haciendo, lo que estaba institucionalizado, que, sin embargo, se debe considerar y salvaguardar la intimidad de las pacientes (Orellana-Peña 2008).

Pero de acuerdo con lo contemplado en las mallas curriculares en algún momento se debía practicar y aprender en “cuerpos ajenos”, este aprendizaje por lo general se realiza en establecimientos públicos, los hospitales docentes son donde se realizan las residencias e internados en los que se pone en práctica lo aprendido. Aunque ahora en la actualidad el entrenamiento se los realiza en establecimientos públicos y privados, lo que concuerda con lo mencionado por María, “En mi universidad, por ejemplo, de lo que tengo entendido, se da mitad de un semestre en una institución pública y mitad en una institución privada” (María, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

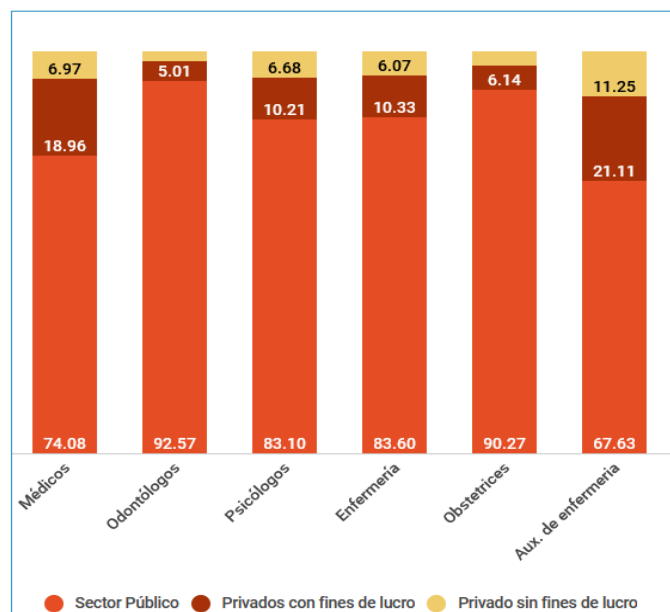
A pesar de las diferentes denominaciones que pueden tener las asignaturas y los niveles en las mallas que se imparten en las universidades respecto a ginecología y obstetricia, todas coinciden en que se la dicta en los niveles más avanzados y requieren prácticas. Ahora bien, de acuerdo con las posibilidades de los establecimientos educativos las prácticas las realizaban de distintas maneras, en algunos casos se contaba con “centros de simulación”, en

otros casos tenían la posibilidad de practicar con “maniqués o muñecos”, cuya finalidad era reemplazar el cuerpo de las mujeres.

En la UDLA, tenemos un centro de simulación en el que hacemos el juego de roles, paciente-médico, médico-paciente, que lo hacemos entre estudiantes, en los que podemos evidenciar algunas molestias, que se pueden dar en las consultas, como el tacto vaginal y la palpación de los senos (María, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Por otro lado, en lo que respecta a la carrera de obstetricia que estudia de una manera más específica los temas de las mujeres, las asignaturas referentes a la temática se ven a lo largo de la carrera que dura 5 años en la Universidad Central del Ecuador, debemos recordar que en su mayoría las obstetricas que son formadas en una universidad pública atienden de igual manera en establecimientos de salud públicos, que podrían ser también de atención primaria. Esto lo podemos comprobar con la información proporcionada por el INEC, en base al número de profesionales de la salud que laboran en los establecimientos de salud.

**Gráfico 8. Profesionales de la salud por sector**



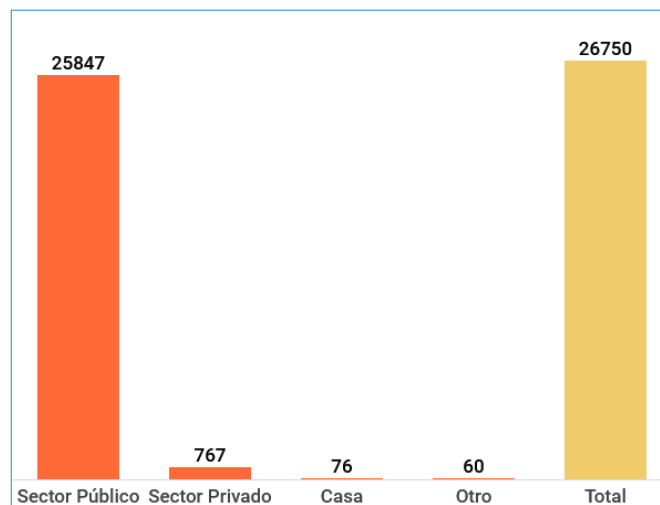
Fuente: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2018 - INEC

En referencia al gráfico que antecede, podemos evidenciar que el 90,27% de obstetricas laboran en el sector público, mientras que solo el 6,14% atiende en establecimientos del sector



privado. De igual manera revisamos el número de nacidos vivos atendidos por obstetrices, de acuerdo con el tipo de establecimiento de salud, resultados que presentamos a continuación.

**Gráfico 9. Número de nacidos vivos, atendidos por obstetrices, según tipo de establecimientos de salud**



**Nota: La información detallada corresponde a los nacidos vivos atendidos por Obstetriz/Obstetra**

Fuente: Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2018 – INEC

Tal como se visualiza en la tabla, podemos ver que 96.62% de las atenciones a nacidos vivos que realizaron las obstetras se realizaron en establecimientos de salud públicos, mientras que solo 2.87% fueron en hospitales o clínicas privadas.

He revisado y analizado lo que había planificado, sin embargo y cómo resultado de la actual realidad, todos los estudiantes desde los más pequeños hasta los postgradistas han tenido que recibir sus clases por alguna plataforma virtual. En el caso de los estudiantes que entreviste y que actualmente cursan la carrera de medicina, comentaron que para ellos ha sido perjudicial tener que recibir únicamente clases de manera virtual, puesto que, en esta carrera en específico, a pesar de las buenas bases teóricas que puedan tener, es necesaria la práctica, Esto comento Paúl,

No es lo mismo un libro o lo que nos enseñan los profesores, por más que nos enseñen súper bien, la práctica es fundamental en un médico, entonces si nos complicó bastante esto de la pandemia, por lo que esperamos que todo esto se mejore, se deberá ver la manera de tener la relación médico-paciente, para conocer como es el ámbito ginecológico, (Paúl, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020).

La pandemia ha causado muchas incomodidades e insatisfacciones pues se ha vuelto un privilegio poder acceder a la tecnología, razón por la cual se han evidenciado las diferencias sociales y económicas. (Expreso 2020). Por otro lado, también han salido a flote las capacidades de los educadores, así lo menciona el educador Humberto Carralero, cuando afirma,

(...) los buenos profesores no podrían competir con plataformas virtuales. El método colaborativo dentro de lo pedagógico nos enseña que estudiar no es mirarse uno al otro, es participar juntos en un determinado lugar (Expreso 2020, 1).

A parte de poderse ratificar las desigualdades y deficiencias en el sistema de educación también se han visibilizado maltratos de los maestros a sus alumnos. Uno de los casos más relevantes fue el video viralizado de la vejación de la que fue objeto una estudiante de medicina de la Universidad Central, en una exposición de la materia de farmacología. A lo que el rector de la prestigiosa Universidad respondió,

Frente a la intolerable conducta de un profesor de la Carrera de Medicina que agrede, insulta y humilla a una alumna durante una clase virtual, las autoridades han activado inmediatamente los procedimientos previstos en el Estatuto Universitario y el Código de Ética (Rosero 2021, 1).

A partir de este incidente por demás abusivo y desagradable se hacen públicos estudios sobre la violencia ejercida a los estudiantes de medicina, cuyos principales agresores son los docentes. De acuerdo con un estudio realizado por investigadores de la Universidad de las Américas UDLA, el 97% de estudiantes universitarios que han completado las encuestas ha declarado recibir o haber presenciado actos de violencia, por lo que se puede notar que son acciones cotidianas y frecuentes que se han normalizado.

Según Martínez una de las investigadoras “La violencia está naturalizada en la carrera y se lo evidencia cuando el grado, nivel y cantidad de maltrato se toma como un indicador de calidad de la educación” (Coello 2018, 1). En el mismo estudio a más de los abusos identificados, también se advierte “fuerte componente de violencia de género”, perpetrado principalmente por los docentes (Coello 2018). Y tal como lo hemos dicho anteriormente el maltrato está

estrechamente relacionado con el nivel jerárquico que se maneja en la carrera de medicina, así también los abusos se dan de igual manera en los establecimientos de educación públicos y privados, Martínez menciona,

(...) es justamente el modelo formativo que difiere entre los centros públicos o privados. El sistema sigue siendo el mismo, estamos hablando de un sistema médico que no forma, sino que deforma (Coello 2018, 1).

A propósito de este acontecimiento, sobre la agresión de la que fue objeto una estudiante de medicina, por parte de un docente. Este antecedente me ha motivado a revisar la regulación que rige a las universidades, considerando que, en el estudio mencionado sobre la violencia ejercida en la carrera de medicina, el 70% de las agresiones son ejercidas por los docentes, seguida por otros médicos y compañeros (Coello 2018).

Revisando el código de ética que regenta en la Universidad Central del Ecuador, centro educativo en el que se produjo el incidente, en su Art. 1 menciona,

Art. 1. El Código de Ética de la Universidad Central Del Ecuador tiene como objeto promover, propiciar e impulsar la reflexión y cumplimiento de la ética por parte de las y los miembros de la comunidad universitaria (UCE 2013, 3).

Razón por la cual todos los miembros de la comunidad universitaria están obligados a cumplir con los principios como; Libertad, Equidad, Humanismo, Inclusión entre otros, así como los valores de Respeto, Honestidad, Integridad, Responsabilidad entre otros tantos (UCE 2013). Sin embargo, muy a pesar de estas regulaciones se ha comprobado que el poder que dan las jerarquías ha normalizado las agresiones cometidas, ocasionando la desmotivación de muchos estudiantes cuya vocación era el servicio o peor aún, mostrando como normal ciertas acciones que luego se convertirán en parte de la cotidianidad de los servidores de la salud.

Que importante y necesario ha sido investigar sobre la formación que reciben los profesionales de la salud, cuya vocación es servir, sin embargo, reciben abusos, maltratos y discriminación durante su formación.

#### **4.2. ¿Qué dice la normativa que regula las atenciones ginecológicas y obstétricas?**

Para poder ejecutar las atenciones ginecológicas y obstétricas, existen reglas y procedimientos instaurados, que en algunos casos permiten que los profesionales de la salud ejerzan su poder, muchos de estos han sido amparados en las normas establecidas para este fin. Además, es importante examinar las resoluciones, guías y políticas instituidas por el estado que se transforman en expresiones de violencia. Por lo tanto, será importante cotejar con las categorías que se investigan en la entrevista, así como con las variables que hacen referencia al lugar en el que se realizó la atención.

Para empezar, existen guías que se estudian en los años de formación y que son un referente, estas guías son normativas internacionales y nacionales que se dan a conocer en las universidades y son las que a través de seguimientos realizadas en las tutorías o prácticas se evidencia que sean cumplidas. Muchas de las regulaciones con las que se cuentan son las emitidas por el Ministerio de Salud, mismas que son socializadas tanto en los establecimientos públicos como privados.

Entre las guías que podemos mencionar las más actualizadas son las que se emitieron por el Ministerio de Salud en el año 2015, y hacen referencia a diferentes temáticas, que citamos a continuación:

1. Guía para la atención del trabajo parto posparto y parto inmediato
2. Atención parto por cesárea
3. Guía de bolsillo componente materno
4. Ruptura prematura de membranas pre término
5. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado
6. Norma Técnica Atención Integral en Violencia de Género
7. Atención del aborto terapéutico
8. Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal

Cada una de las guías anteriormente citadas, buscan empoderar a servidores de la salud en temas que de alguna manera han venido vulnerando a las mujeres. Por ejemplo, a través de la Norma Técnica de atención integral de violencia de género, se ha querido cumplir con el

mandato de la Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008, en el que menciona,

(...) es la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a vivir una vida libre de violencia desde una perspectiva integral de prevención, protección, garantía, restitución y reparación del derecho, en todos los ámbitos (MSP 2014, 9).

Lo que se trata de lograr con esta norma técnica es cumplir con los derechos estipulados en la carta magna, asegurando la atención a las mujeres víctimas de violencia, con la atención y el acceso a la justicia, sin discriminación, con el fin de colaborar con la erradicación de la violencia de género (MSP 2014).

En el caso de la guía para la atención en el trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Esta se ha creado con el fin de recuperar la confianza de las mujeres en los procesos del parto, también dice, “y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su bienestar y el del RN” (MSP 2015, 13).

Así también, se ha tratado de dar a conocer los procedimientos que se han instaurado y que han causado controversia por su práctica y por las consecuencias que se han generado, tal como, la creación de la guía para Ruptura prematura de membranas pre término, siendo la RPM, “uno de los problemas médicos obstétricos de mayor controversia en su manejo; afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbilidad materna neonatal” (MSP 2015, 12). En esta guía, el objetivo es dar a conocer recomendaciones sobre el manejo de esta patología y de esta manera mitigar las afecciones que esta puede ocasionar. Cabe mencionar que la ruptura de membranas es considerada un hecho de violencia gineco-obstétrica.

Por otro lado, en algunas de las entrevistas realizadas a médicos ginecólogos que realizan sus atenciones en consultorios particulares y clínicas privadas, me dieron a conocer otra situación que no la había considerado y que sin duda es una normativa que deben cumplir los médicos especialmente los que son contratados en las instituciones privadas. Hace algunos años se emitió una ley en la que castigaba la negligencia de los médicos, a partir de eso, y con el fin de asegurar el bienestar de los profesionales de la salud los hospitales y clínicas privadas,

solicitan que para su vinculación a estos establecimientos adquieran seguros que ayudaran a protegerlos de cualquier situación inesperada.

Como podemos notar se crean varias normativas que rigen en la formación de los aspirantes y durante la cotidianidad de las atenciones médicas que realizan los profesionales de la salud, y que deberían cumplirse no solo por ser parte de leyes, regulaciones y códigos, sino se debería cumplir como principios humanos.

#### **4.3. Profesionales de la salud cuentan sus experiencias en su cotidianidad**

En esta sección revisaremos e indagaremos la cotidianidad de los profesionales de la salud. Es importante conocer cómo se realizan las prácticas médicas y de higiene en las atenciones que se llevan a cabo día a día. Además, desde sus competencias investigaremos cómo perciben los profesionales de la salud los hechos que se desarrollan en las consultas ginecológicas y obstétricas. A través de entrevistas semiestructuradas he analizado las experiencias médicas en las atenciones o en las intervenciones que se realizan. El objetivo ha sido identificar cuál es su percepción ante los procedimientos que de alguna manera vulneran la intimidad de las mujeres.

Pero que es la intimidad, a que se refieren los textos y los profesionales de la salud cuando hablan de la intimidad. Según (Yepes 1997, 13), “La intimidad de la persona es su mundo interior”, es lo que no es visible para los otros, pero que es parte de la existencia de las personas. Es su esencia es lo que les hace únicos e irrepetibles, no puede ser sustituido. Entonces al ser la persona un ser único no se lo debe tratar como una cosa o como un objeto. Por lo tanto y con el fin de doblegar la voluntad se puede incurrir en actos de violencia para hacer daño e infringir en su ser interior (Yepes 1997).

Tuve el privilegio de entablar una conversación que se convertiría en una entrevista, con Virginia Gómez de la Torre, Médica Cirujana, académica investigadora en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dedicada al activismo, investigación cualitativa en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Violencia de Genero, Incidencia Política, fortalecimiento organizacional de grupos de mujeres, es decir una mujer líder con vasta experiencia en la temática. Además de ser la directora de la Fundación Desafío, una de las organizaciones más

reconocidas en la búsqueda de la equidad en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

Al preguntarle sobre sus experiencias como médica, y específicamente en lo relacionado con las atenciones ginecológicas y obstétricas, respondió que “la sociedad da valor al sufrimiento de la mujer” (Virginia, activista, en entrevista con la autora, febrero de 2020).

Así como en otros espacios en los equipos de salud también existen jerarquías en este caso podemos identificar a las enfermeras, obstétricas, médicos internistas, postgradistas, y al final quien es el rostro visible son los médicos especialistas. De esta manera, el proceso de la vulneración de derechos se puede ir replicando desde en todas las etapas, por esta razón realizamos entrevistas a médicos ginecólogos, obstetras y enfermeras. Tal como lo menciona Scott (2000), mientras más grande sea la desigualdad entre dominantes y dominados, “el discurso público de los dominados adquirirá una forma más estereotipada y ritualista. En otras palabras, cuanto más amenazante sea el poder, más gruesa será la máscara” (Scott 2000, 26). A través de las entrevistas también se pueden evidenciar expresiones y emociones, a partir de sus actitudes, gestos y discursos al recordar ciertas experiencias y vivencias que les habían impactado y les marcó en su formación como profesionales, situaciones que sin duda les moldearía su carácter. A cada persona nos pueden impresionar de diferente manera ciertas acciones, todo dependerá de nuestra formación integral, creencias, costumbres y cultura.

Debemos recordar que los servidores de la salud son personas que no están exentos de sentir alguna incomodidad, en alguna situación. Los prejuicios de clase y género, los estereotipos naturalizados podrían estar impregnados en el ser de los profesionales de la salud, siendo muchas de estas reacciones “inconscientes”.

Matilde una mujer mestiza de 60 años, obstetrix que trabajaba en un centro de atención primaria, cuando le pregunte si recordaba alguna situación que le hizo sentir incomoda, respondió:

Por lo general no, porque estamos para eso, sin embargo, en alguna ocasión al centro en el que trabajaba, asistían señoras trabajadoras sexuales, que eran acompañadas por sus manejadores, y estaban en algunos casos predisuestas y a la defensiva, por lo que las consultas no eran como las normales (Matilde, obstetrix, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Como parte de los procedimientos instaurados existen algunos que son necesarios realizar, a pesar de que causan molestia e incomodidad a las mujeres, ¿por lo me preguntaba si se podría prescindir de realizar algunos de los procedimientos?, así también, existen otras rutinas que han sido normalizadas y que de acuerdo con ciertos reglamentos ya no son requeridos, tales como, la rasurada, la ruptura de membranas. Para entender un poco a que se refiere uno de los procedimientos antes mencionados, Matilde respondió lo siguiente, “Las membranas permanecen intactas hasta el momento en el que el bebé está apareciendo, para dar salida a la cabecita, con el fin de evitar infecciones y disminuir la mortalidad materna” (Matilde, obstetrix, en entrevista con la autora, julio de 2020).

Respecto a esta situación en especial, y como se encuentra citado anteriormente el Ministerio de Salud elaboró la Guía para ruptura permanente de membranas, en la que indica,

A pesar de la gran cantidad de información en la literatura médica existe una gran controversia y divergencia de opiniones en el manejo de esta patología, por lo que esta guía pretende ser la referencia y contestar las preguntas más importantes concernientes al manejo de la ruptura prematura de membranas pretérmino, de acuerdo con la mejor evidencia y recomendaciones disponibles (MSP 2015, 14).

Igualmente, se encuentra en discusión el uso del procedimiento de la episiotomía<sup>31</sup>, práctica médica que se ha utilizado en las mujeres que tienen un parto vaginal con el objetivo de:

1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
  2. Evitar posible desgarro perineal.
  3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.
- ✓ Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo, en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.
  - ✓ Factores fetales: por ejemplo, para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.
  - ✓ Factores maternos: Desgarro vulvovaginoperineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras (Berzaín y Camacho 2014, 2).

---

<sup>31</sup> “La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en mujeres que viven un parto vaginal por primera vez.” (Berzaín y Camacho 2014)



Sin embargo, la utilización de este procedimiento se ha puesto en tela de duda, pues no sería estrictamente necesario, ya que se podría dejar que se produzca un desgarro de manera natural, esto también nos corrobora la doctora Virginia, activista feminista, “No es necesario realizar el corte vaginal a la mujer, se debe dejar que se dé un desgarro de manera natural” (Virginia, activista, en entrevista con la autora, febrero de 2020).

En consecuencia, existen algunos procedimientos que se ha identificado vulneran los derechos de las mujeres, de ahí que se han creado guías y protocolos que son impartidas durante las clases a los estudiantes de medicina o en capacitaciones a profesionales que ya prestan sus servicios en establecimientos públicos y privados.

Por otro lado, los profesionales de la salud que realizan sus atenciones en clínicas y hospitales privados, la premisa es cuidar que la cliente – paciente se encuentre bien atendida, por lo tanto, debe estar satisfecha con el servicio prestado. Claro esto también conlleva decisiones que en la medida de lo posible son tomadas entre el médico y las clientes – pacientes, por ejemplo, es el caso de ciertos procedimientos son las pacientes quienes deciden cómo realizarlos, el lugar donde desean ser atendidas y son quienes exigen el mejor servicio. Sin embargo, todas estas elecciones están supeditadas a su bolsillo. En definitiva, en el sector privado en su gran mayoría el tipo de servicio depende de la capacidad de pago que tengan las personas. Mientras que las mujeres que no cuentan con las posibilidades económicas deben asistir a consultas en establecimientos de salud públicos en los que las atenciones no son personalizadas.

Por otro lado, tuve la oportunidad de entrevistar al Dr. Wilfrido León, médico especialista en ginecología y obstetricia, psicoprofilaxis del parto y asesoría de lactancia, además que es catedrático de la Universidad Católica del Ecuador, Universidad Internacional y Universidad Central del Ecuador, también ha sido conferencista en eventos nacionales e internacionales y fue jefe del área de Salud para la Mujer del Ministerio de Salud Pública. En la entrevista realizada y cuando hablamos de su experiencia en el sector público, comento, “En el sector público la atención se vuelve impersonal, porque todo se atiende por turnos y el tiempo es limitado” (Wilfrido, médico, en entrevista con la autora, febrero de 2020).

El privilegio patriarcal en la sociedad mantiene el poder en algunos grupos y en algunas clases sociales, a pesar de su transformación en el tiempo, convirtiéndose en violencia doméstica y la exclusión y discriminación de las mujeres en todos los ámbitos (Molyneux 2010).

Considerando lo antes mencionado, podemos volver a notar las diferencias que existen en las atenciones recibidas en un establecimiento privado con respecto a un establecimiento público, las condiciones varían, y los protocolos de atención a pesar de ser los mismos que se encuentran normalizados cambian en su manera de ser ejecutados, además que se debe tomar en cuenta que la existencia de la norma no quiere decir que se cumpla.

No obstante, a pesar de las diferencias que se pueden evidenciar en el tipo de atención, en los establecimientos privados también se realizan prácticas que de igual manera vulneran los derechos y la intimidad de las mujeres. Esto ocurre porque muchos de estos procedimientos han sido instaurados y algunos de ellos se siguen ejecutando. Por ejemplo, exámenes que incomodan a las mujeres, preguntas que son parte de la historia clínica y que, sin embargo, pueden causar prejuicios en los profesionales de la salud.

#### **4.4. Conclusiones**

El objetivo del presente capítulo ha sido indagar los procesos en los que se encuentran inmersos los profesionales de la salud, en primera instancia analizamos la formación de los estudiantes de medicina. En este ámbito hemos evidenciado como la preparación de los aspirantes a médicos reciben formación de toda índole tanto en el ámbito académico como en el de servicio, y como lo mencionó María, “El médico tiene una formación antes de ser médico” (María, estudiante, en entrevista con la autora, julio de 2020). Además, se analizó la normativa que se da a conocer en su formación a los estudiantes de medicina y en capacitaciones a los profesionales de la salud que se encuentran ya en ejercicio de sus funciones.

Pero en la vida real las cosas cambian, a pesar de recibir una preparación integral, el atender las consultas en establecimientos privados y públicos son diferentes, las condiciones y el número de personas a atender puede interferir en el trato a las pacientes. Pero no se debe olvidar que los médicos también pueden atravesar por circunstancias personales que pueden

afectar su desenvolvimiento, “El médico también tiene angustia, son humanos, existen momentos felices y tristes” (Wilfrido, médico, en entrevista con la autora, febrero de 2020).

Son muchas las razones que pueden incidir a que el comportamiento cambie y deje de ser personalizado, las consultas ginecológicas no son como las otras especialidades, en estas se examina y se indaga la intimidad de la mujer, las mujeres se tornan vulnerables. Por lo que prepararlos para servir a las personas, sin prejuicios, sin juzgamientos, sin discriminar, conlleva una formación no solo en la especialidad sino en valores.

Al mismo tiempo, a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, se indago sobre su cotidianidad y específicamente por algunas situaciones que se considera importante analizar. Conocer sobre la percepción de los profesionales de la salud ante ciertas situaciones que se generan en las consultas de rutina y que se pueden transformar en manifestaciones de violencia. Las prácticas que se efectúan en las consultas ginecológicas y obstétricas son parte de las lecciones aprendidas durante sus años de estudio y que se encuentran regularizadas.

Sin embargo, existen algunos procedimientos que son requeridos, pero vulneran la intimidad de las mujeres, así como existen otros que han sido normalizados y en algunos casos se los sigue practicando, aunque no sean necesarios; muchos de estos inclusive se encuentran ya incluidos en las guías que cuidan no se reproduzcan este tipo de acciones.

De las entrevistas realizadas se pudo evidenciar que muchos de los hechos que son considerados violencia gineco-obstétrica, son producidos por procedimientos instaurados y naturalizados, otros tienen que ver con el trato que se da a las pacientes en momentos en los que se requiere mayor atención y comprensión.

Con respecto a las normas y guías utilizadas tanto en la formación inicial como las que son socializadas a los profesionales de la salud, como parte de sus capacitaciones periódicas. Tratan de dar a conocer las mejores técnicas y prácticas que se deben replicar con el fin de eliminarlas o disminuirlas en las consultas ginecológicas y obstétricas.

Además, que en los actuales momentos de emergencia sanitaria en que nos encontramos en emergencia sanitaria, los médicos están en la obligación de asistir a sus centros de atención, siendo este un impedimento para conseguir las entrevistas requeridas con los contactos que habían establecido previamente.

Por otro lado, considerando que se han tratado de profesionales que atienden y trabajan en el sector privado han mostrado desconfianza y una especie de celo profesional, el momento de realizar la entrevista.

No obstante, en las conversaciones mantenidas, he podido comprobar que no se reconocen como hechos de violencia los ejercidos en las atenciones gineco-obstétricas, que seguramente en algunos casos se podrían justificar, pese a que, en su mayoría se tratan de acciones que se han venido realizando, normalizándolas por ser parte de su formación y su cotidianidad.

De esta forma podemos concluir que los profesionales de la salud a pesar de que su formación puede ser en establecimientos de educación públicos o privados, todos terminan realizando sus prácticas en establecimientos de salud públicos que por lo general atienden a personas de condición humilde, que no pueden acceder por la situación económica a clínicas privadas. Así lo reconoce el doctor Wilfrido León, “Agradezco a las mujeres pobres, son un instrumento para aprender, el conocimiento con respeto y tutoría” (Wilfrido, médico, en entrevista con la autora, marzo de 2020). En especial las mujeres pobres que solo pueden acceder a establecimientos públicos han sido desde siempre instrumentos de aprendizaje, que como muchos médicos justifican es la única manera de conocer, no se ha respetado la decisión de las mujeres y se ha vulnerado sus derechos.

## **Capítulo 5**

### **Analizando y Concluyendo**

#### **5.1. Investigando en Pandemia**

Lo que nunca imaginamos era vivir una pandemia, como lo habíamos mencionado anteriormente, el COVID-19, es una nueva cepa del coronavirus que fue descubierto en 2019, que es de fácil contagio y que afecta de manera especial a las personas que tienen su sistema inmunológico delicado, pues son más vulnerables (ONUSIDA 2020).

A pesar de las limitaciones existentes para el desarrollo de mi proyecto de investigación por la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia que estamos viviendo en la actualidad. Logré concretar las actividades que estaban contempladas en la hoja de ruta, aunque en algunas, el tiempo y la disponibilidad de las personas ha sido un limitante. Por ejemplo, las entrevistas que se debían realizar con mujeres y hombres tuvieron que efectuarse de manera virtual. Así también las entrevistas que fueron concedidas por los profesionales de la salud fueron más difíciles de conseguir por la disponibilidad de estos por los motivos antes mencionados.

#### **5.2. Vivencias de mujeres**

Con relación a las entrevistas realizadas a mujeres que habían recibido atenciones ginecológicas y obstétricas, podemos decir que ha sido muy grato contar con la predisposición y voluntad de las mujeres contactadas, para participar en las mismas. Lamentablemente el tiempo, los horarios y las distancias han sido un limitante para poder realizar las entrevistas planificadas, además que ha sido complicado conseguir un tiempo propicio para realizarlas debido a los tiempos utilizados en su teletrabajo, son nuevas las situaciones que al momento se atraviesa. El aislamiento ha impedido concretarlas de manera presencial, no obstante, al contar con la buena voluntad de las entrevistadas y con el fin de continuar con las actividades previstas y adaptándonos de alguna manera a la actual realidad, realice las entrevistas de manera virtual.

El haber realizado entrevistas semiestructuradas ha sido de gran ayuda, pues nos ha permitido identificar temas que no fueron considerados y son de gran valía, por ejemplo, los embarazos y partos múltiples, partos prematuros y algunos procedimientos ginecológicos que nos lo

había considerado en un inicio. Al realizar las entrevistas y de alguna manera me identifique con algunas situaciones, vivimos instantes emotivos, cuando las entrevistadas recordaban situaciones y algunos de los momentos difíciles en las atenciones ginecológicas y obstétricas recibidas. Las entrevistas se convirtieron en un espacio de contención y escucha, algunas de las entrevistadas mencionaron que era la primera vez que hablaban del tema y que habían concientizado lo sucedido.

Al analizar las entrevistas y los resultados de la encuesta he podido ratificar que la mayoría de las mujeres hemos experimentado violencia gineco-obstétrica. Se pudo verificar que las mujeres se sentían identificadas con las preguntas que se realizaron en la encuesta nacional de violencia, y se comprobó que estos hechos han sido naturalizados por todas nosotras, pues los considerábamos normales.

Tomando en cuenta que en la actualidad existen varias técnicas de investigación que fusionadas pueden dar resultados complementarios que ayudan a comprender la información proporcionada, quise incluir en esta investigación métodos cualitativos y cuantitativos. Por tal motivo y al sentirme vulnerada sin haberlo sabido, quise apostar por describir mis experiencias como mujer en esta faceta de mi vida, que incluía la reproducción y maternidad, mostrando el desconocimiento de mis derechos, que los pude conocer después de varios años y únicamente por haber sido la responsable de la encuesta de violencia contra las mujeres que se realizó en el 2019.

Así también el haber incluido en este estudio mi autobiografía fue un ejercicio sumamente enriquecedor no solamente como una técnica metodológica poco utilizada, sino ha sido una manera de dar a conocer a través de mi historia la naturalización de este tipo de violencia a partir de ciertos hechos que se encuentran normalizados. Además, ha sido gratificante ser partícipe de mi propio proyecto de investigación, pues no solamente es una simple autoría sino una vivencia propia y única.

### **5.3. Desde su formación a la atención**

Mientras que en el capítulo que estuvo dedicado a conocer más sobre los profesionales de la salud, el objetivo de este fue indagar los procesos en los que se encuentran inmersos los médicos. En primera instancia se analizó la formación de los estudiantes de medicina. En este

ámbito se evidenció que la preparación que el aspirante a médicos recibe, es una formación integral.

Contrarrestando la formación de los profesionales con lo vivido en sus experiencias. Se puede ver que, a pesar de recibir una preparación completa pero teórica, el momento de realizar sus prácticas en establecimientos privados y públicos son diferentes, mencionan que tanto las condiciones, como el número de personas a atender interfiere en el trato a las pacientes. Entonces el comportamiento cambia y deja de ser personalizado; debemos recordar que las consultas ginecológicas no son como las de otras especialidades, en estas se examina y se indaga la intimidad de la mujer, las mujeres se encuentran vulnerables. Por lo que prepararlos para servir a las personas, sin prejuicios, sin juzgamientos, sin discriminar, conlleva una formación no solo en la especialidad sino en valores.

Además, a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, se indagó sobre su cotidianidad y específicamente por algunas situaciones que se considera importante analizar, el conocer sobre la percepción de los profesionales de la salud ante ciertas situaciones que se generan en las consultas de rutina y que se pueden transformar en manifestaciones de violencia. Las prácticas médicas que se efectúan en las consultas ginecológicas y obstétricas son parte de las lecciones aprendidas durante sus años de estudio y estas pudimos identificar que se encuentran regularizadas.

Por otro lado, realicé la petición al SENESCYT para obtener las mallas curriculares de la carrera de medicina de años anteriores, para realizar la comparación con las actuales, sin embargo, no contaban con esa información histórica. Por lo que, para realizar el análisis de las mencionadas mallas, utilice las que se encontraban publicadas en la página WEB de algunas universidades en las que se imparte la carrera de medicina y obstetricia específicamente.

Si bien es cierto que existen algunos procedimientos que son necesarios realizar, a pesar de que vulneran la intimidad de las mujeres, y que resultan incómodos para nosotras. Así también existen otros procedimientos que han sido normalizados, aunque no son necesarios realizar y que en algunos casos se los sigue practicando. Inclusive algunas de estas prácticas ya se encuentran incluidas en las guías que vigilan no se reproduzcan este tipo de acciones.

De las entrevistas realizadas se pudo evidenciar que muchos de los hechos que son considerados violencia gineco-obstétrica, son producidos por procedimientos instaurados y naturalizados, otros tienen que ver con el trato que se da a las pacientes en momentos en los que se requiere mayor atención y comprensión.

Con respecto a las normas y guías utilizadas tanto en la formación inicial como las socializadas a los profesionales de la salud, como parte de sus capacitaciones periódicas. Tratan de dar a conocer la mejores técnicas y prácticas que se deben replicar con el fin de eliminarlas o disminuirlas en las consultas ginecológicas y obstétricas.

Lamentablemente para este capítulo he tenido algunas dificultades para conseguir toda la información necesaria. En primer lugar, no he contado con la apertura y voluntad de los médicos para conceder las entrevistas, al tratarse de profesionales que atienden y trabajan en el sector privado han mostrado desconfianza y una especie de celo profesional. Además, que en los actuales momentos que nos encontramos en emergencia sanitaria, los médicos están en la obligación de asistir a sus centros de atención, siendo este un impedimento para conseguir las entrevistas requeridas con los contactos que habían establecido previamente.

No obstante, con los médicos y obstétrices que pude realizar las entrevistas, he podido comprobar que algunos no reconocen como hechos de violencia los ejercidos en las atenciones gineco-obstétricas, que seguramente en algunos casos se podrían justificar, pese a que, en su mayoría se tratan de acciones que se han venido realizando, normalizándolas por ser parte de su formación y de su cotidianidad.

De esta forma podemos concluir que los profesionales de la salud independientemente, que su formación puede ser en establecimientos de educación públicos o privados, todos terminan realizando sus prácticas en establecimientos de salud públicos que por lo general atienden a personas de condición humilde, que no pueden acceder por la situación económica a clínicas privadas.

Con relación a las mallas curriculares, estas fueron solicitadas a la SENESCYT, pero por los acontecimientos conocidos por todos no fue posible contar con los documentos históricos,



pues la idea era contrarrestar los pensum utilizados hace algunos años con los actuales, sin embargo, este ejercicio no fue posible ejecutar.

No se debe olvidar que ha sido evidente un círculo reiterativo de la violencia. Esto se refleja en las formas de consolidación de la formación de los médicos gineco-obstétricos y en cuanto estos la reproducen en la practicidad de sus funciones y de seguro si llegan a ser docentes muy probablemente repitan los abusos con los que fueron formados, pues hemos visto que independientemente del tiempo transcurrido estas acciones se han normalizado.

#### **5.4. Lo que vendrá**

Como en la vida misma existen temas pendientes que confieso deben fortalecer y continuar a esta investigación. Me queda pendiente investigar la percepción de los hombres en los acompañamientos a sus parejas en estas consultas, considero que es importante conocer el rol que tienen ellos en la reproducción y maternidad, conocer desde su punto de vista como se perciben este tipo de atenciones.

Por otro lado, sería pertinente realizar un análisis sobre las denuncias que existen por este tipo de violencia, es importante recordar que a partir de la creación de la LOIPEVCM se reconocen algunos hechos ejercidos en las atenciones gineco-obstétricas como abusos en este ámbito.

En tal sentido se podrían plantear las siguientes preguntas.

- ¿Cuáles son las percepciones de los hombres que han acompañado a sus parejas en las atenciones gineco-obstétricas?
- ¿Cómo se realizan las denuncias, respecto a las prácticas médicas ginecológicas y obstétricas, que vulneran los derechos humanos y reproductivos de las mujeres?

## **Anexos**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proyecto:** *Procesos de naturalización de la violencia gineco-obstétrica en las prácticas médicas utilizadas*

*Lugar: Quito*

#### **Presentación de la Investigación.**

La presente investigación tiene como objetivo analizar las prácticas médicas que se ejecutan en las atenciones gineco-obstétricas. Además de conocer cómo fueron aprendidas estas prácticas en la formación recibida en las universidades.

#### **¿Por qué?**

La violencia gineco-obstétrica es de los tipos de violencia contra la mujer, recientemente tipificados en la ley, por lo que es importante conocer cuál es la percepción de los profesionales de la salud respecto a esta temática, así como identificar como han vivido las mujeres estas experiencias.

#### **¿Cuál es el propósito del estudio?**

Identificar y conocer sobre las prácticas médicas que se realizan en las atenciones ginecológicas y obstétricas, e identificar el conocimiento de las mujeres sobre estos tipos de acciones, de igual manera será necesario conocer a través de las acciones cotidianas que realizan los profesionales de la salud, en el tipo de atenciones médicas mencionadas anteriormente. Por otro lado, también será importante observar las percepciones, roles y representaciones de los hombres en las consultas ginecológicas y obstétricas.

Los resultados de esta investigación ayudarán a concientizar este tipo de acciones, así como servirá de insumo para investigaciones sobre esta temática.

#### **¿Por qué se le ha invitado a participar?**

Considerando que se trata de una nueva investigación, en relación a violencia gineco-obstétrica, es importante conocer las percepciones de los médicos, mujeres que han recibido

una atención gineco-obstétrica, además de los hombres que acompañan en este tipo de atenciones.

### **¿Tiene que participar?**

No, la participación es voluntaria, este estudio es netamente investigativo con fines académicos, el presente acuerdo podrá ser anulado en cualquier momento.

### **¿Qué sucederá si participa?**

Su participación es importante y será de gran ayuda para la investigación, es por eso que ha sido considerado como participante. Su identidad será protegida manteniendo su anonimato a lo largo de todas las fases de la investigación y en cualquier publicación derivada de la misma. En ese caso, su nombre no será revelado y en su lugar se utilizará un seudónimo para referirse a usted, tanto durante la entrevista, la transcripción y la difusión de los resultados. Si está de acuerdo, revelaremos su identidad en términos de la institución para la que trabaja, pero no su nombre. Si nos lo permite y está de acuerdo con que divulguemos su nombre, lo haremos.

### **¿Qué debe hacer?**

Si usted decide participar en la investigación (puede cambiar de opinión en cualquier momento), será entrevistado/a. Las entrevistas son individuales y orales, y serán conducidas por la entrevistadora. Si está de acuerdo, me gustaría grabar la entrevista en audio, para que pueda volver a ella más tarde cuando escriba el informe. Si usted siente que es algo que no desea aprobar, nosotros tomaremos notas durante la entrevista si usted está de acuerdo.

**Si desea presentar una queja sobre esta entrevista o sobre cualquier aspecto de la investigación de la que forme parte, puede ponerse en contacto con nosotros:**

Carolina Borda: [carolinaborda@gmail.com](mailto:carolinaborda@gmail.com) / [caborda@flacso.edu.ec](mailto:caborda@flacso.edu.ec)

Whatsapp: +57 322 3779770

### **¿Se mantendrá la confidencialidad de mi participación en este estudio?**

Sí, si lo considera apropiado.

### **¿Qué pasará con los resultados del estudio de investigación?**

Los resultados se utilizarán para el proyecto de investigación, el desarrollo de la tesis, y se pondrán a disposición de los lectores en la plataforma, por lo tanto, los resultados serán públicos. Además, los resultados podrán servir de insumo para la realización de estudios referentes a la temática.

**¿Quién organiza y financia la investigación?**

La investigación es el proyecto de tesis de la entrevistadora, y es avalado y revisado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Ecuador, en la persona de su tutora PhD. Carolina Borda

**¿Quién ha revisado el estudio?**

La asesora, y dos lectores destinados para dicha labor.

**Contacto para más información**

Carolina Borda: carolinaborda@gmail.com / caborda@flacso.edu.ec

Whatsapp: +57 322 3779770

Irina Marín Luna: irismarin@hotmail.com

Movil: +593 998007681

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

**Marque con X la casilla correspondiente**

**¿Ha leído la Hoja Informativa para los entrevistados?**

SÍ  NO

**¿Todas sus dudas han sido satisfechas?**

SÍ  NO

**¿Entiende que si lo desea, no se le mencionará por su nombre en ninguna parte, es decir que sus datos serán anónimos?**

SÍ  NO

**¿Sabe que esta investigación y los resultados obtenidos serán publicados?**

SÍ  NO

**¿Entiende que es libre de retirarse del estudio, en cualquier momento, sin tener que dar una razón para retirarse?**

SÍ

NO

**¿Acepta que su entrevista sea grabada?**

SÍ

NO

**¿Acepta que la entrevistadora tome notas de su entrevista mientras ésta se lleva a cabo?**

SÍ

NO

**¿Está de acuerdo con el uso de citas directas no atribuibles (donde su identidad no será divulgada) cuando el estudio se redacte o publique?**

SÍ

NO

**¿Está de acuerdo en participar en este estudio?**

SÍ

NO

**¿Está de acuerdo en que su nombre sea revelado?**

SÍ

NO

**¿Está de acuerdo en que se divulgue su puesto en la institución para la que trabaja?**

SÍ

NO

**Firma del Participante de la Investigación:**

**Fecha:**

**Nombre del participante:**

**Firma:**

**Nombre del investigador:**

**Firma:**

## Anexo 2. Formato entrevista a mujeres

<i>Entrevista mujeres</i>				
<p>INTRODUCCIÓN: Mi nombre es Irina Marín Luna, estoy realizando una encuesta sobre sus experiencias en atenciones ginecológicas y obstétricas, algunas preguntas pueden ser difíciles de tratar, por lo que es necesario que estemos a solas en privado, su participación es muy valiosa, pues permitirá conocer sobre esta realidad. Sus respuestas serán tratadas en forma estrictamente confidencial y con fines académicos.</p>				
PREGUNTAS	RESPUESTAS		SONDEO	COMENTARIO
<b>1. Datos sociodemograficos</b>				
1. ¿Cuáles es su nombre completo?	_____			
	(NOMBRE)			
3. ¿Cuál es su edad?	Edad			
4. ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado por (NOMBRE)?	1	Ninguno		
	2	Educación primaria		
	3	Educación básica		
	4	Educación media		
	5	Edu. Superior no universitario	Institución Educativa	Título obtenido
	6	Superior universitario		
	7	Post-grado		
5. En el nivel indicado, ¿Cuál es el último año aprobado?				
6. Actualmente (NOMBRE), ¿se encuentra?	1	Casada(o)		
	2	Separada(o)		
	3	Divorciada(o)		
	4	Viuda(o)		
	5	Unión de hecho		
	6	Unión libre		
	7	Soltera(o)		
7. Realiza algún tipo de trabajó?	1	SI		
	2	NO		
8. ¿Cuál es su ocupación?	1	empleada/obrero de gobierno/Estado?		
	2	empleada/obrero privada?		
	3	jornalera o peón?		
	4	empleada/obrero tercerizada?		
	5	patrona?		

	6	cuenta propia?			
	7	trabajadora del hogar no remunerado?			
	8	trabajadora no remunerado en otro hogar?			
	9	ayudante no remunerado de asalariada / jornalera?			
	10	empleada doméstica?			
<b>2. Atención Ginecológica</b>					
1. ¿A lo largo de la vida ha recibido alguna atención ginecológica?	1	SI	Cuál fue la razón de la atención?		
	2	NO			
2. ¿Dónde han sido la mayoría de sus atenciones ginecológicas?	1	Establecimientos de salud público	Cuál?		
	2	Hospital o clínica privada	Cuál?		
	3	Consultorio particular			
	4	Casa o Domicilio			
	5	Otro, cuál? _____			
3. Quien eligio el ginecologo de su pareja?	1	Usted			
	2	Su pareja			
	3	Ambos			
	4	Otra persona	¿Quién?		
4. Usted prefiere que el ginecologo sea hombre o mujer	1	Hombre			
	2	Mujer			
	3	No importa			
5. Usted prefiere que el ginecologo/a sea joven o maduro?	1	Joven			
	2	Maduro			
	3	No importa			
6. Cómo han sido sus atenciones ginecológicas?					
7. Le han hecho algún comentario que le hizo sentir ofendida, humillada o incómoda?	1 2	SI NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
8. Qué tipo de situaciones le han hecho sentir incomoda durante la atención ginecológica?					

9. le han examinado en presencia de otras personas sin pedirle su consentimiento ?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
10. le han explicado los procedimientos que le realizan?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
11. Que entiende por método anticonceptivo?				
12. le recetaron o le colocaron algún método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios que puede provocar su uso?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
13. le han preguntado sobre el número de parejas sexuales que ha tenido?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
<b>3. Aviso, ayuda y denuncia</b>				
1. ¿Si tuvo algún inconveniente avisó o informó a alguien?	1 SI			
	2 NO			
2. ¿A quién avisó?				
3. ¿Cuál fue la principal razón por la que no avisó:	1	tenía vergüenza?	Respuesta textual..	
	2	tenía miedo?		
	3	pensó que era normal?		
	4	pensó que no servía para nada?		
	5	pensó que no le iban a creer?		
<b>4. Atención obstétrica, ahora vamos hacerle unas preguntas de sus experiencias en alguno de sus partos</b>				
1. ¿Cuántos partos ha tenido durante su vida?	1	Su parto fue por?	Año del/los partos	
	2			
	3			
	4			
	5 o más			
2. ¿Le asesoraron de manera que usted pueda decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea?	1 SI			
	2 NO			



3. Cuénteme como se sintió durante el/os parto/s?			Porque?	
4. ¿Dónde fue?	1	Establecimientos de salud del MSP	Cuál?	
	2	Hospital o clínica privada		
	3	Consultorio particular		
	4	Casa o Domicilio		
	5	Otro, cuál? _____		
5. la gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
6. la ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
7. le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema)?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
8. le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
9. le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
10. le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
11. le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
12. Utilizaron algún instrumento para extraer al bebé?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
13. le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..

14. le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
15. le suturaron sin anestesia local?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
16. le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
17. Cómo se sintió con la posición para dar a luz?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
18. le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron, o esterilizaron sin su consentimiento para ya no tener hijos/as (ligadura de trompas u otro)?	1 SI 2 NO	¿Dónde fue?	¿Quién fue?	Indagar sobre respuesta..
<b>5. Aviso, ayuda y denuncia</b>				
1. ¿Si tuvo algún inconveniente avisó o informó a alguien?	1	SI		
	2	NO		
2. ¿A quién avisó?				
3. ¿Cuál fue la principal razón por la que no avisó:	1	tenía vergüenza?	Respuesta textual..	
	2	tenía miedo?		
	3	pensó que era normal?		
	4	pensó que no servía para nada?		
	5	pensó que no le iban a creer?		

Fuente: Trabajo de campo

### Anexo 3. Formato entrevista a estudiantes de medicina

<i>Entrevista estudiantes de carreras afines a la salud</i>			
<p>INTRODUCCIÓN: Mi nombre es Irina Marín Luna, estoy realizando una encuesta sobre su formación académica en los temas relacionados con las atenciones ginecológicas y obstétricas, algunas preguntas pueden ser difíciles de tratar, por lo que es necesario que estemos a solas en privado, su participación es muy valiosa, pues permitirá conocer sobre esta temática. Sus respuestas serán tratadas en forma estrictamente confidencial y con fines académicos.</p>			
PREGUNTAS	RESPUESTAS	SONDEO	COMENTARIO
<b>1. Datos sociodemograficos</b>			
1. ¿Cuáles es su nombre completo?	_____ (NOMBRE)		
2. Sexo?	1 HOMBRE		
	2 MUJER		
5. ¿Cuál es su edad?	Edad		
6. ¿Qué carrera esta estudiando?			
7. En que institución estudia?			
8. La institución es pública o privada?	1 pública		
	2 privada		
9. En que semestre se encuentra?			
<b>2. Formación</b>			
<b>Vamos hablar sobre su día a día</b>			
1. En que semestre se aprende sobre las atenciones ginecológicas y obstétricas?			
2. Cuáles son las prácticas y normas que se aprenden?			HABITUS
3. Cómo se aprenden estos procedimientos?		¿Cómo se siente?	

4. Qué diferencia cree usted que existe entre las atenciones ginecológicas con las citas en otras especialidades?				
5. ¿Cómo compara la relación profesional de la salud-paciente en las atenciones de urología y las de ginecología? ¿Deben tenerse consideraciones especiales para alguna de ellas?				
6. Cuáles son las prácticas médicas que incomodan a la mujer?				VIOLENCIA
7. Se puede prescindir de realizar algunos procedimientos?	1 SI 2 NO	¿Cuáles?		Indagar sobre respuesta..
8. Ha experimentado alguna situación que le ha causado incomodidad o molestia?	1 SI 2 NO	¿Cuáles?		Indagar sobre respuesta..
9. Ha tenido que atender mujeres que no son de su agrado?	1 SI 2 NO	¿Quiénes?		Indagar sobre respuesta.. CLASE
10. Qué conoce usted sobre la violencia de género?				
11. Cree que en las atenciones gineco-obstétricas se puede ejercer violencia hacia las mujeres?	1 SI 2 NO	¿Cuáles?		Indagar sobre respuesta..
<b>3. Durante el parto</b>				
<b>Ahora vamos a conversar sobre las atenciones durante el parto</b>				
1. Cómo parte de su formación, cuando se aprende atender partos?				
2. Existe alguna normativa que regule las atenciones en el parto				ESTADO
3. En dónde se realizan las instrucciones y prácticas?				CLASE
4. Cómo se ha sentido en estos momentos?				PODER
5. Son necesarias las prácticas higiénicas?				

6. Me puede mencionar algunas?			
7. Ha tenido que atender mujeres que no son de su agrado?			CLASE
8. Me puede mencionar alguna situación?			
9. En la práctica de la atención ginecobstétrica, ¿existen algunas situaciones donde lo que usted aprendió en la universidad respecto de la atención de las pacientes no es aplicable o no ha sabido de antemano cómo reaccionar (cuando la "teoría" que aprendió en la universidad no le sirve para las situaciones "prácticas" que vive como profesional)? ¿Podría darme algunos ejemplos y contarme qué ha hecho en estos casos?			

Fuente: Trabajo de campo

#### Anexo 4. Formato entrevista a profesionales de la salud

<i>Entrevista profesionales de la salud</i>			
<p>INTRODUCCIÓN: Mi nombre es Irina Marín Luna, estoy realizando una encuesta sobre sus atenciones ginecológicas y obstétricas, algunas preguntas pueden ser difíciles de tratar, por lo que es necesario que estemos a solas en privado, su participación es muy valiosa, pues permitirá conocer sobre esta realidad. Sus respuestas serán tratadas en forma estrictamente confidencial y con fines académicos.</p>			
PREGUNTAS	RESPUESTAS	SONDEO	COMENTARIO
<b>1. Datos sociodemograficos</b>			
1. ¿Cuáles es su nombre completo?	_____ (NOMBRE)		
2. Sexo?	1 HOMBRE		
	2 MUJER		
5. ¿Cuál es su edad?	Edad		

6. ¿Cuál es su especialización?				
7. En qué año obtuvo su título?				
8. En qué lugar obtuvo su título?	1	País		
	2	Exterior		
9. La institución era pública o privada?	1	pública		
	2	privada		
10. ¿Dónde ejerce su profesión?	1	Establecimientos de salud del MSP	Respuesta textual..	
	2	Hospital o clínica privada		
	3	Consultorio particular		
	4	Casa o Domicile		
<b>2. Cotidianidad</b>				
<b>Vamos hablar sobre su día a día</b>				
1. A qué edad la mujer debe asistir a su primera cita ginecológica?				
2. Qué diferencia cree usted que existe entre las citas ginecológicas con las citas en otras especialidades?				
3. En sus consultas cuáles son las prácticas médicas que incomodan a la mujer?				
4. Se puede prescindir de realizar algunos procedimientos?	1	SI	¿Cuáles?	Indagar sobre respuesta..
	2	NO		
5. Ha experimentado alguna situación que le ha causado incomodidad o molestia?	1	SI	¿Cuáles?	Indagar sobre respuesta..
	2	NO		
6. Ha tenido que atender mujeres que no son de su agrado?	1	SI	¿Quiénes?	Indagar sobre respuesta..
	2	NO		
7. Qué conoce usted sobre la violencia de género?				
8. Cree que en las atenciones gineco-obstétricas se puede	1	SI	¿Cuáles?	Indagar sobre respuesta..
	2	NO		

ejerccer violencia hacia las mujeres?				
<b>3. Durante el parto</b>				
<b>Ahora vamos a conversar sobre las atenciones durante el parto</b>				
1. Me puede mencionar alguna de las prácticas médicas que realizan en este momento?				
Preguntar sobre las respuestas?				
2. Estas actividades son las rutinarias?				
3. Cómo se aprenden estas prácticas médicas?				
4. Son necesarias las prácticas higiénicas?				
5. Me puede mencionar algunas?				
6. Ha tenido que atender mujeres que no son de su agrado?				
7. Me puede mencionar alguna situación?				

Fuente: Trabajo de campo

## Lista de referencias

- Acuña, Murillo I. 2010. «Lo personal es político.» En *De Lo Privado a Lo Público Y Viceversa. Intersticios*, de Acuña Murillo I, 91-109.
- Almudi. *Asociación Almudí*. 2014. <https://www.almudi.org/recursos/opus-dei/9620-que-es-opus-dei> (último acceso: 05 de 10 de 2020).
- Anzaldúa, Gloria. «Los movimientos de rebeldía y las culturas que traicionan.» En *Otras inapropiables Feminismos desde las fronteras*, de Avtar Brah, Chela Sandoval, Gloria Anzaldúa bell hooks, 71-80. Madrid: Traficantes de sueños, 2004.
- Barragan, Rossana, y Fernanda Wanderley. 2009. «Etnografías del Estado en América Latina.» *ICONOS*, 21-25.
- Barrera, Raúl. 2013. «El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales.» *Revista de Claseshistoria*, 1-24.
- Berzaín, Mary Carmen, y Luis Alberto Camacho. 2014. «Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina.» *Revista Científica Ciencia Médica*, 1-3.
- Bifani, Richard Patricia. 2004. «Género y sus transgresiones: ¿Contra la norma o contra sí misma?» *REvista de Estudios de Género: La Ventana*, 7.
- Bott, Sarah, A. Guedes, M. Goodwin y J. A. Mendoza. 2013. «Resumen del Informe, Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe.» En *Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Bourdieu, Pierre. 2000. «El habitus y el espacio de los estilos de vida.» En *La distinción. Crieterios y bases sociales del gusto*, de Bourdieu Pierre, 169-175. Taurus, 2006.
- . *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Brandão, Thais. 2018. «Childbirth experiences related to obstetric violence in public.» *Artículo clínico, Universidad de las Américas*, 1-5.
- Butler, Judith. 2002. «Introducción.» En *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, de Judith Butler, 17-52. México: Paidós.
- Butler, Judith. 2002. «Sobre lo límites materiales y discursivos del "sexo".» En *Cuerpos que importan*, de Butler Judith, 11-16. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. 2007. «Sujetos de sexo/género/deseo.» En *El género en disputa. El feminismo y la subersión de la identidad*, de Judith Butler, 45-100. Barcelona: Paidós.



- Calveiro, Pilar. 2008. «Acerca de la difícil relación entre violencia y resistencia.» En *Luchas contrahegemónicas y cambios políticos recientes de América Latina*, de Pilar Calveiro, 23-46. Buenos Aires: CLACSO.
- Camacho, Gloria. 2014. *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género.
- Castel, Robert. 2008. *La inseguridad social*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Castro, Roberto, y Mario Bronfman. 1993. «Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión.» *Cadernos de Saúde Pública*, 375-394.
- Coello, Cristina. 2018. “La violencia está naturalizada en la carrera” y se lo evidencia cuando “el grado, nivel y cantidad de maltrato se toma como un indicador de calidad de la educación”, ha considerado Martínez. 26 de 03 de 2018.  
[https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/97-de-estudiantes-de-medicina-en-ecuador-son-victimas-de-maltrato-durante-su-formacion-91938?utm\\_campaign=shareaholic&utm\\_medium=twitter&utm\\_source=socialnetwork](https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/97-de-estudiantes-de-medicina-en-ecuador-son-victimas-de-maltrato-durante-su-formacion-91938?utm_campaign=shareaholic&utm_medium=twitter&utm_source=socialnetwork) (último acceso: 23 de 01 de 2021).
- Corbin, Alain. 2005. «Historia del Cuerpo de la Revolución Francesa a la Gran Guerra.» En *Introducción*, de Corbin Alain, 15-22. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Corbin, Alain. 2005. «Introducción.» En *La historia del cuerpo*, de Alain Corbin, 15-22. Buenos Aires: Santillana Ediciones Generales.
- Cordero, José, García, Maddelaine. 2015. «Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad.» *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS*, 371-383.
- cordova, justicia. *justiciacordoba*. s.f.  
<https://www.justiciacordoba.gob.ar/justiciacordoba/files/oficinamujer/charla%20violencia%20por%20prejuicio.pdf> (último acceso: 25 de 09 de 2020).
- Cusack, S, y R Cook. 2010. «Introducción; capítulo 4; capítulo 5. Estereotipos de género.» En *Perspectivas legales transnacionales*. , de Traducido al español por Andrea Parra (Título original: Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Ella. «REP\_FUNDAR.» 04 de 2016. [http://ella.practicalaction.org/wp-content/uploads/2016/06/REP\\_FUNDAR\\_M--s-all---de-las-Leyes-de-Violencia-Domestica-en-Am--rica-Latina\\_dise--o.pdf](http://ella.practicalaction.org/wp-content/uploads/2016/06/REP_FUNDAR_M--s-all---de-las-Leyes-de-Violencia-Domestica-en-Am--rica-Latina_dise--o.pdf) (último acceso: 21 de 10 de 2019).

- Expreso. «Clases virtuales en Ecuador.» *Expreso*, 10 de 07 de 2020.
- Faure, Olivier. 2005. «La mirada de los médicos .» En *Historia del Cuerpo de la Revolución Francesa a la Gran Guerra* , de Alain Corbin, 23-56. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Fernández, Olaya. 2012. «Pensar con el cuerpo, pensar desde el cuerpo.» *Revista de Filosofía*, 361-368.
- Foucault, Michel. 1998. «El sujeto y el poder.» *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3 (Jul-Sep), 3-20.
- Foucault, Michel. 2003. «Introducción .» En *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*, de Michel Foucault, 5-18. Argentina: Siglo XXI Editores Argentina S.A.
- Friederic, Karin. 2014. «Violence against Women and the Contradictions of Rights-in-Practice in Rural Ecuador.» En *Latin American Perspectives*, 19-38.
- García Canal, María Inés. 2016. «Poder: relación de fuerzas, enfretamiento, lucha, batalla.» En *Conceptos clave en los estudios de género*, de Hortensia y Eva Alcántara Moreno, 233.246. México: PUEG-UNAM.
- Gómez, Francisco. 2011. «No sujetos de estado. Luchas por la no legibilidad.» En *Estudios sobre Estado y Sociedad*, de Francisco Gómez, 293-296.
- GTR. «La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19:» 03 de 04 de 2020.
- Hernández Cedillo, Priscila, Adriana García Andrade y Olga Sabido Ramos. 2016. «Afectividad y emociones.» En *Conceptos clave en los estudios de género*, de Hortensia y Eva Alcantará Moreno, 15-34. México: PUEG-UNAM.
- hooks, bell, Brah, Avatar, Sandoval Chela. 2004. «Mujeres negras.» En *Otras inapropiables Feminismos desde las fronteras*, de Avtar Brah, Chela Sandoval, Gloria Anzaldúa bell hooks, 33-50. Madrid: Traficantes de sueños.
- INEC. *Ecuadorencifras, violencia de género*. 08 de 03 de 2012.  
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/> (último acceso: 2019 de 10 de 08).
- . *INEC*. 25 de 11 de 2019. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Violencia\\_de\\_genero\\_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf) (último acceso: 20 de 10 de 2020).
- Lamas, Martha. 2007. «Desigualdad, Reproducción y Derecho.» En *Los derechos humanos económicos, sociales y culturales, hacia una cultura de bienestar*, de Martínez Victor Manuel Gandara Luis, 255-276. México: Comisión de los Derechos Humanos.

- Langdon, Esther. 2010. «Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura de salud aplicado a las ciencias de la salud.» *Revista Latino-AM Enfermagen*, 177-185.
- Le Berton, David. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lexis. «Lexis.» 05 de 02 de 2018. [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley\\_prevenir\\_y\\_erradicar\\_violencia\\_mujeres.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf) (último acceso: 08 de 06 de 2020).
- Marchese, Giulia. 2019. «Del cuerpo en el territorio al cuerpoterritorio: Elementos para una genealogía.» *EntreDiversidades*, 1-33.
- Marcuse, Herbert. 1993. «El hombre unidimensional.» En *Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*, de Marcuse Herbert. Buenos Aires: Editorial Planeta Argentina.
- Martínez, Ana. 2004. «La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas.» *Papers* 73, 127-152.
- Maturana, Humberto. 2008. «Modo de vida y cultura.» *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 180-192.
- Miranda, Cristina. 2013. «Impacto de la Histerectomía en la calidad de vida de vida de las pacientes de 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo febrero-agosto 2012 .» Ambato: Universidad Técnica de Ambato, 05 de 2013.
- Molyneux, Maxime. 2010. *Justicia de género, ciudadanía y diferencia en américa latina*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2010.
- Moreno, Hortensia y César Torres Cruz. 2018. «Performatividad.» En *Conceptos claves en los estudios de género*, de Hortensia y Eva Alcántara Moreno, 233-250. México: CIEG UNAM.
- MSP. 2015. *Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*. Quito: La Caracola - Editores.
- . *Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. Quito: MSP, 2014.
- . *Ruptura prematura de membranas pretérmino*. Quito: La Caracola Editores.
- Mujeres, ONU. *ONU Mujeres*. 30 de 06 de 2019. <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>.

- Nieto-González, Leslie Arandy. 2011. «Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería.» *CONAMED*, 5-11.
- OAS. *Tratados multilaterales*. 1994. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html> (último acceso: 10 de 08 de 2019).
- Olavarría, José. 2000. «De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX.» En *MASCULINIDAD/ES. IDENTIDAD, SEXUALIDAD Y FAMILIA*, de José Olavarría y Rodrigo Parrini, 11-28. Santiago de Chile: Flacso-Chile.
- OMS. 20 de 06 de 2013. [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_2013\\_0620/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_2013_0620/es/).
- . OMS. 23 de 08 de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender> (último acceso: 07 de 10 de 2019).
- . *Who.int*. 29 de 07 de 2019. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/).
- OPS. *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*. 24 de 09 de 2014. [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=238:prevencion-y-erradicacion-de-la-falta-de-respeto-y-el-maltrato-durante-la-atencion-del-parto-en-centros-de-salud-declaracion-de-la-oms&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=238:prevencion-y-erradicacion-de-la-falta-de-respeto-y-el-maltrato-durante-la-atencion-del-parto-en-centros-de-salud-declaracion-de-la-oms&Itemid=215&lang=es) (último acceso: 14 de 06 de 2020).
- Orellana-Peña, Cecilia. *Scielo*. 18 de 01 de 2008. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222008000100002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222008000100002&script=sci_arttext&tlng=en) (último acceso: 26 de 08 de 2020).
- Otero, Ivanna Beatriz. 2009. «Mujeres y violencia. El Género como herramienta para la intervención.» *Política y Cultura*, 105-126.
- Otero, Ivanna. 2009. «Mujeres y violencia. El género como herramienta para la intervención.» *Política y Cultura*, 105-125.
- Dulces Magnolias*. 2020. Dirigido por Sheryl Anderson. Interpretado por Paula.
- Ravelo, Patricia. 1995. «GÉNERO Y SALUD FEMENINA: UNA REVISIÓN DE LAS INVESTIGACIONES EN MEXICO.» En *Las mujeres y la salud*, de González Soledad, 199-258. México: Colegio de México.

- Rich, Adrienne. 1980. «La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana.» *DUODA Revista d'Estudis Feministes num. 10*, 15-31.
- Rosero, Mariela. 2021. «Profesor de Medicina maltrata a estudiante en clase; Rector de universidad rechaza 'intolerable conducta' y anuncia acciones.» *El Comercio*, 13 de 01 de 2021.
- Rowlands, Jo. 1997. «Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: Un modelo para el desarrollo.» En *Poder y empoderamiento de las mujeres*, de León M, 213-245.
- Rubin, Gayle. 1986. «El tráfico de mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo.» *Nueva Antropología, Vol. VIII, No. 30*, 95-145.
- Salgado, Judith. s.f. *Violencia contra las mujeres indígenas: entre las "justicias" y la desprotección. Posibilidades de interculturalidad en Ecuador*. Quito: Programa andino de derechos humanos.
- Sarduy, Miguel. 2008. «Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino.» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Scherer, Fabiana. 2020. «Nuevas masculinidades: ¿Qué rol les toca a los hombres en la revolución de las mujeres?» *Infobae*, 20 de 01 de 2020: 1.
- Scott, James. 2019. *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Ediciones Era, 2000.
- . *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Ediciones Era.
- Scott, Joan. 1990. «El género: una categoría útil para el análisis histórico.» En *Historia y género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, de James Amelany y Mary Nash. Ediciones Alfons el Magnanim.
- Scott, Joan. 2012. «Releer la historia del feminismo.» En *Las mujeres y los derechos del hombre: feminismo y sufragio en Francia, 1789-1944*, de Joan Scott, 17-38. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Selz, Monique. 2018. *EL PUDOR UN ESPACIO DE LIBERTAD*. Salamanca: Ediciones Sígueme Salamanca.
- Stephen, Wright, y Ligia Amancio. 2012. «Resistencia a la igualdad de género en la política.» *Fundación para la Ciencia y la Tecnología*, 45-58.
- Torres Falcón, Martha. 2010. «Cultura patriarcal y violencia de género. un análisis de derechos humanos.» En *Los grandes problemas de México. Relaciones de género*. México: Colegio de México.
- UCE, Universidad Central del Ecuador. «CODIGO DE ETICA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.» Quito: UCE, 19 de 11 de 2013.

Unicef. *unicef*. 30 de 06 de 2019.

[https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo\\_web.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf).

Valentina, C. *Vix*. s.f. <https://www.vix.com/es/imj/familia/163188/sabes-que-es-la-violencia-obstetrica-muchas-mujeres-lo-padecen-y-deja-huellas-en> (último acceso: 18 de 06 de 2020).

Villegas, Asia. 2009. «La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico.» *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*.

Yepes, Ricardo. 1997. *La persona y su intimidad*. Pamplona: Publicaciones Universidad de Navarra.