



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

LA ATENCIÓN DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN EL
ECUADOR Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA

Autor

FRANCISCO ANTONIO JARAMILLO GUAPAS

Año
2018



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LA ATENCIÓN DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN EL ECUADOR Y
SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos establecido
para optar por el título de Médico Cirujano General.

Profesora guía

Ana Mercedes Martínez Pérez, PhD

Autor

Francisco Antonio Jaramillo Guapas

Año

2018

DECLARACIÓN DE LA PROFESORA GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, La atención de embarazo, parto y puerperio en el Ecuador y su relación con la violencia gineco-obstétrica, a través de reuniones periódicas con el estudiante Francisco Antonio Jaramillo Guapas, en el semestre 2018-2, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Ana Mercedes Martínez Pérez, PhD

Licenciada en Antropología y Sociología Médica

CI: 1756375935

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, La atención de embarazo, parto y puerperio en el Ecuador y su relación con la violencia gineco-obstétrica, del estudiante Francisco Antonio Jaramillo Guapas, en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Fernando Vladimir Espinosa Herrera

Doctor en Medicina y Cirugía

Especialista en Medicina Familiar

CI: 1711191260

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Francisco Antonio Jaramillo Guapas

CI: 1722041744

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por
su infinito apoyo.

DEDICATORIA

A mi mentora Ana y a todos
los estudiantes de medicina.

Resumen

La medicina Gineco-Obstétrica ha sido objetivo de críticas en los últimos años, ya que en varios países de América Latina se ha relacionado la atención en salud en el proceso del embarazo, parto y puerperio como una expresión severa de violencia institucional, iniciando investigaciones sobre lo que se conocería como Violencia Gineco-Obstétrica. En Ecuador la violencia gineco-obstétrica existe tanto en la atención médica privada como pública, a pesar de que existen protocolos y guías con recomendaciones basadas en la mejor evidencia médica que en teoría, si fueran aplicadas, se llegaría a prevenir este tipo de violencia que llega a vulnerar directamente los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer embarazada. Este estudio se realizó con el argumento de que los profesionales de la salud son los únicos capaces de prevenir la violencia gineco-obstétrica, es por esto que el objetivo final de esta investigación fue, utilizando un método de investigación cualitativo etnográfico de tipo educativo, basado en una revisión bibliográfica crítica, el análisis de talleres con fundamento en el tema y la experiencia estudiantil en la carrera de medicina y el año de internado rotativo de medicina, formular una propuesta pedagógica crítica direccionada a estudiantes de medicina de pregrado y profesionales de la salud, la cual contenga los conocimientos básicos que puedan fomentar la generación de una práctica médica basada en el empoderamiento en salud y de esta manera generar una medicina educativa que le permita a la madre recuperar su autonomía sobre su proceso de embarazo, parto y puerperio, protegiendo así tanto el bienestar físico materno infantil como el bienestar emocional de la mujer.

Palabras clave: Violencia Gineco-Obstétrica, Violencia institucional, derechos humanos, pedagogía crítica, empoderamiento en salud.

ABSTRACT

Obstetric and gynecological medical care has been the target of criticism in recent years, since in several Latin American countries health care has been linked to the process of pregnancy, childbirth and puerperium as a severe expression of institutional violence, initiating research on that would be known as Gynecological-Obstetric Violence. In Ecuador, obstetric-gynecological violence exists in both, public and private health centers, although there are protocols and guidelines with recommendations based on the best medical evidence that, in theory, if applied, this type of violence would be prevented. This type of violence directly harms the human sexual and reproductive rights of pregnant women. This study was carried out with the argument that health professionals are the only ones capable to prevent gynecological and obstetric violence, that is why the final objective of this investigation was, using an ethnographic qualitative research method of an educational type, based on a critical bibliographic review, the analysis of workshops based on the subject and the student experience in the career of medicine and in the year of medical internship, to formulate a critical pedagogical proposal addressed to undergraduate medicine students and health professionals, which contains the basic knowledge that can promote the generation of a medical practice based on the empowerment in health, and in this way generate an educational medicine that allows the mother to recover her autonomy over her pregnancy, childbirth and puerperium process, protecting both the maternal and child physical well-being and the emotional well-being of the woman.

Key words: Gynecological-Obstetric violence, Institutional violence, human rights, critical pedagogy, empowerment in health

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	3
1.1 FICHA METODOLÓGICA.....	4
CAPÍTULO 2. DESARROLLO	7
2.1 LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: DEFINICIONES Y COMPONENTES:.....	9
2.2 PROCEDIMIENTOS Y ACTITUDES: TIPOS DE VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA:.....	12
2.3 ORÍGENES Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: PERSPECTIVA DE GÉNERO Y VIOLENCIA INSTITUCIONAL:	17
2.4 MEDICINA GINECO-OBSTÉTRICA EN EL ECUADOR: ANÁLISIS DE GUÍAS Y PROTOCOLOS	27
2.5 ANÁLISIS Y VISIÓN LEGAL:.....	38
CAPÍTULO 3. PROPUESTA FINAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA	48
3.1 EDUCACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD BASADA EN UNA PEDAGOGÍA CRÍTICA-COMUNICATIVA:.....	53
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	59
CAPÍTULO 5. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES	62
REFERENCIAS	64
ANEXOS	68

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la práctica médica ha avanzado sustancialmente en nuevos procedimientos e intervenciones que en conjunto con nuevos tipos de medicamentos han llegado a prolongar la vida de las personas, erradicando enfermedades y tratando nuevas, lo cual ha invisibilizado la otra parte importante de la medicina, la violencia generada por la decadencia de la relación médico paciente, la cual por el momento ha dejado de lado la práctica humanizada y preventiva por la institucionalización del cuerpo humano para controlarlo, medicalizarlo y de alguna manera salvaguardar la salud física del mismo. Esto afecta directamente a la práctica médica de la gineco-obstetricia generando el tema a estudiar en esta investigación: la Violencia Gineco-Obstétrica. Este estudio se enfocará en estudiar este tipo de violencia en la práctica médica del Ecuador, primero realizando una revisión bibliográfica extensa sobre las diferentes definiciones sobre violencia gineco-obstétrica y sus componentes, se analizarán todos los procedimientos y actitudes generadores de este tipo de violencia y su relación con el incumplimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, identificando sus orígenes y analizándola desde una perspectiva de género y como una forma de violencia institucional. Para redirigir el estudio hacia lo que ocurre en nuestro país, se realiza una revisión de protocolos y recomendaciones redactados por el Ministerio de Salud Pública para la práctica de los médicos ecuatorianos sobre el proceso de embarazo, parto y postparto. Con el fin de empezar a hablar sobre prevención de violencia gineco-obstétrica se realiza la consulta de fuentes secundarias con un análisis sobre las leyes contra la violencia hacia la mujer, en el país y en la región, donde se analiza si es que existe la necesidad de penalizar este tipo de violencia para generar una prevención efectiva. El objetivo final de este estudio será proponer un plan formativo, basado en una pedagogía crítica y comunicativa, para estudiantes de la carrera de medicina y profesionales de la salud, que se enfoque en generar una formación adecuada, en estos, y un empoderamiento en salud en las usuarias del Sistema de salud, como estrategia clave para llegar a una prevención completa y eficaz de violencia gineco-obstétrica. El fin último y la aplicación de este trabajo es fomentar una práctica médica en la que predomine

una relación médico-paciente humanizada que genere confianza en las pacientes o usuarias.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Para la realización de esta investigación se utilizó un método de estudio de tipo cualitativo basado en un modelo etnográfico educativo con el fin de concretar una investigación educativa descriptiva que proponga alternativas teóricas y prácticas que conlleven a una mejor intervención pedagógica sobre el tema en estudio, la violencia gineco obstétrica y su prevención.

La razón por la que se utilizó un método cualitativo de investigación fue porque este permite recaudar datos de relevancia provenientes de la experiencia vivida por parte del investigador y lograr organizarlos con los datos recaudados mediante un proceso etnográfico. De esta manera el método cualitativo logra centrar la investigación en el tema de estudio basándose en un proceso de indagación inductivo, donde el investigador logra interactuar de una manera natural con los datos, busca respuestas a preguntas, que en este caso, se centran en la búsqueda de una nueva experiencia pedagógica, como esta se crea y logra resolver el objetivo final del estudio, siempre observando al escenario de investigación con una perspectiva holística, donde se busca comprender cualquier otro tipo de perspectiva de una manera humanística. Así es como mediante este método buscamos asegurar la veracidad del estudio para que los resultados esperados de la investigación logren tener la relevancia necesaria para poder ser aplicados. (Taylor & Bogdan, 1984)

Se utilizó un proceso etnográfico el cual se dividió en las siguientes etapas:

- El trabajo de campo que se basó en la observación participante, la entrevista como diálogo y el análisis documental.
- Análisis de datos, en esta etapa se realizó una reflexión analítica sobre los datos para poder organizarlos e identificar su relevancia para el objetivo final del estudio.
- Elaboración de la propuesta final, en esta etapa se redacta la propuesta pedagógica que responde al objetivo final de la investigación lo que permite describir los resultados a esperar.

A continuación se recata con más detalle el proceso metodológico que se utilizó para cumplir con los objetivos de la investigación:

1.1 FICHA METODOLÓGICA

Tabla 1

Ficha metodológica

Técnica	Contexto de aplicación	Periodo
Observación participante	Materia Ginecología 9-10 semestre, Internado Rotativo	2016-17, 2017-18
Registro de diario de campo grabado		
Entrevista a profesional Antropóloga, docente universitaria en investigación en antropología y sociología médica, especialista en promoción en salud y vinculación con la comunidad.	Justificación teórica sobre propuesta de trabajo de titulación	2017-2018
Documentación fuentes secundarias: legislación y guías de práctica clínica	Análisis del Trabajo de titulación	2016-18
Relatos biográficos (3)	Análisis del Trabajo de titulación	2017-18
Talleres prevención violencia gineco-obstétrica (5)	-8vo semestre, participante Semana de Psicología Udla. -9no semestre, participante Taller Centro Simulación. -10mo semestre, auxiliar docente Taller Congreso Salud centrada en la comunidad.	Mayo 2016 Noviembre 2016 Mayo 2017

	-IRM, auxiliar docente Jornada Violencia como problema de salud.	Noviembre 2017
	-IRM, auxiliar docente Antropología y Sociología Médica, 1 semestre.	Marzo 2018

Observación participante y registro de diario de campo grabado: en el transcurso de la Cátedra de Ginecología y las respectivas prácticas hospitalarias, en los semestres 9no y 10mo, y en la rotación de Ginecología en el Internado Rotativo, se realizó la observación de los procedimientos aplicados en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con énfasis en la labor de parto y cesáreas. Dada la dificultad del registro de la observación en un diario de campo, fueron grabados los comentarios en el celular de forma que pudieran ser analizados con posterioridad.

Documentación fuentes secundarias: Han sido consultadas dos tipos de fuentes de información no generada por el investigador. En primer lugar, la legislación ecuatoriana al respecto de la Violencia contra las mujeres en el marco de la normativa latinoamericana de países como Venezuela, Argentina y México. En segundo lugar, fue consultado el catálogo de guías de práctica clínica con que cuenta el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Relatos biográficos: Han sido recogidos tres relatos biográficos: el primero de una docente de Medicina, profesional de la salud, que aportó su experiencia de violencia gineco-obstétrica para este estudio. Dos estudiantes de medicina, que en el contexto de la materia Antropología y Sociología Médica, realizaron sus relatos biográficos del parto en el que nacieron, después de haber entrevistado a sus madres. Fueron leídos los relatos de los 160 estudiantes de la materia en su totalidad, aunque sólo dos han sido incluidos ya que estos cumplen con el análisis documental necesario para demostrar el objetivo teórico del estudio.

Talleres de prevención de violencia gineco-obstétrica: En los primeros talleres la participación fue como oyente, impartidos por las doctoras Thais Brandao y Sofía Cañadas. En adelante, surgió la posibilidad de una participación más activa como auxiliar docente en la explicación del concepto de violencia gineco-obstétrica y el análisis de casos clínicos del Internado rotativo de

Ginecología. Finalmente, en el último periodo y en el contexto de la materia Antropología y Sociología Médica, se ha podido explicar el concepto de violencia gineco obstétrica después de que los estudiantes entrevistaran a sus propias madres sobre el parto en el que ellos mismos habían nacido.

CAPÍTULO 2. DESARROLLO

¿Por qué estudiar sobre violencia en el sistema de salud?

La Organización Mundial de la Salud (2002) en su informe sobre la violencia y salud define a la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (pág. 3)

Para poder entender la violencia y las maneras en las que esta actúa, es necesario partir del hecho de que la violencia es prevenible en todas sus maneras de presentación, el problema está en que sólo existe un gran conocimiento en sus orígenes, en sus causas y consecuencias, pero hasta el momento, y de acuerdo con la literatura consultada, no existen verdaderas estrategias efectivas para prevenir violencia (Salgado de Snyder, 2003). Si buscamos cualquier forma o tipo de violencia en el ámbito de la salud la encontraríamos en todas sus variedades, por esto se ha vuelto un problema de salud pública y erradicarla debe estar entre los objetivos principales en la educación médica de pregrado y en la educación continua hacia los profesionales de la salud.

Reciente la medicina ha entrado en un “círculo vicioso” en el cual se genera un tipo de violencia indetectable considerada normal tanto por usuarios y funcionarios, donde intervienen factores prevenibles que tienen que ver con la educación y las relaciones humanas. Este tipo de violencia del contexto sociolaboral termina afectando tanto al paciente como al médico, ya que al final el médico no cumple completamente con su función básica de tratamiento y prevención, por lo que la salud del paciente seguiría en riesgo. Estamos describiendo un ambiente que indirectamente se vuelve violento, es decir, ni el médico ni el paciente se llegan a dar cuenta de lo hostil que esta relación se vuelve en solamente 15 o 20 minutos de interacción, y que al final este tipo de

interacción solo da como resultado una medicina poco humanizada, no comunicativa, basada en la medicalización innecesaria la cual está generando resultados poco positivos en la prevención y tratamiento de enfermedades, o manejo de procesos fisiológicos no patológicos como un embarazo. Esta visión de la violencia en la relación médico-paciente entronca en una violencia del sistema sociocultural o sistémica (Martínez Pérez, 2012) y como afirman Sánchez y Sosa Lugo en su estudio "Violencia Y Salud Colectiva" resulta ser todo un desafío antropológico y sociocultural" (2015):

"El mal llamado "sector salud" parece haber estado siempre en crisis, y como solución han sido propuestos diversos conceptos, tales como: "medicina preventiva", "medicina comprensiva", "medicina de la comunidad" y "medicina social", resultando en adjetivaciones de la medicina que por carecer de un cuerpo teórico que explique adecuadamente la realidad, dispersas, que no logran viabilizar soluciones, ni convertirse en verdaderas alternativa transformadoras, reproduciéndose una permanente necesidad de generar nuevas propuestas, que carecen de un orden coherente de problematización, en el horizonte de una teoría que articulada con la praxis ayude a dar cuenta de la crisis" (pág. 71)

Basándonos en el diario de campo realizado, según la experiencia del investigador, se puede comprobar cómo la práctica médica en nuestro país ha perdido credibilidad comunitaria y social, esto se refiere que ha entrado en una crisis en la que primero se cumplen principios biomédicos antes que principios sociales y comunitarios, de este modo, el paciente queda desplazado, la enfermedad entra en primer plano y como única solución un tratamiento rápido medicalizado sin educación en prevención sobre la misma para el paciente generando una violencia institucional social donde se puede llegar a conculcar el derecho a la salud del usuario. Existe un tipo de violencia en nuestro Sistema nacional de salud, que ha estado invisibilizada durante décadas en nuestro país, un tipo de violencia que ya se conoce en otros países hace muchos años y en la que se han desarrollado normativas legales para combatirla, hablamos de la Violencia Gineco-Obstétrica.

Ahora, ¿porque estudiar sobre Violencia Gineco Obstétrica en nuestro país?, primero, porque la violencia en sí misma es un problema de salud pública y que sea un tipo de violencia es razón suficiente para estudiarla y buscar su prevención, pero hay algo más importante, es un tipo de violencia que tiene múltiples orígenes y causas, tanto sociales como educativas, y cuyas consecuencias llegan a ser un problema para el Sistema de salud, donde se pueden ver afectados tanto el personal de salud como la madre gestante en el caso del parto o puerperio, la mujer en general en ginecología.

2.1 LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: DEFINICIONES Y COMPONENTES:

La violencia gineco-obstétrica desde hace algunos años ha empezado a ser estudiada en varios países de la región, comenzando a surgir como una problemática en salud pública. De hecho, podemos encontrar este concepto definido de muchas maneras, tanto desde el marco antropológico y social como desde el marco legal. La coincidencia de los expertos consultados en las entrevistas estriba en que se trata de un tipo más de violencia contra la mujer de los muchos que existen en nuestras sociedades y por ende en el sector de la salud. Con la salvedad, de que, en la atención en salud, la mujer que acude está en proceso de vulnerabilidad extrema por una patología o por la trascendencia del proceso de embarazo y parto. La Declaración de las Naciones Unidas (2003) define violencia contra la mujer como:

“. todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” (pág. 1)

Esta definición incluye muchos términos que encontramos dentro de los diferentes estudios sobre Violencia Gineco-Obstétrica revisados para este estudio. A continuación, se analizan diferentes definiciones de Violencia Gineco-Obstétrica que, posterior a una revisión bibliográfica extensa, son las más completas y las que abarcan puntos clave los cuales busca resolver esta investigación.

El 15 de marzo del 2007 se aprobó en Venezuela la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, esta ley es la primera en toda América Latina que identifica procedimientos y actitudes de rutina en el campo obstétrico que generan violencia contra la mujer, definiendo Violencia Gineco Obstétrica como:

“...la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Marbella, Ramírez Mariangel, & Mercedes, 2015, pág. 114)

La Organización Mundial de la Salud el 23 de septiembre del 2014 habla por primera vez de Violencia Gineco Obstétrica como una problemática en el sistema de salud que debería ser controlada y sancionada, además define a este tipo de violencia como:

“Un tipo de violencia institucional expresada en las relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da una apropiación del cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos presentes durante su embarazo y las etapas relacionadas con la gestación” (Nuñez, 2016, pág. 4)

El Doctor Luis Héctor Soto en su estudio “Violencia Obstétrica” (2016) analiza la definición sobre Violencia Gineco Obstétrica propuesta por la ONU en coordinación con la red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, donde la define como:

“...el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”. (pág. S55)

Además, concluye con algo sumamente importante, refiere que la Violencia Obstétrica es un conjunto de factores provenientes de la Violencia de Género y la que después definiremos como Violencia Institucional.

Antropológicamente hablando, la definición más completa de Violencia Gineco-Obstétrica, de todas las consultadas, es aquella dada por Maria Raquel Pozzio en su estudio “La gineco-obstetricia en México: entre el “Parto Humanizado” y la Violencia Obstétrica” (2016), en la que se asegura que:

“...un tipo de violencia que afecta la salud reproductiva y que está frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados. Esta frecuencia en la atención convencional alerta sobre la naturalización que se hace de estas violencias institucionales es entonces producto del patriarcado que se manifiesta en la legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales.” (pág. 105)

Galaviz de Anda (2015) comenta sobre la Violencia Gineco-Obstétrica desde una perspectiva crítica de la práctica ginecológica, afirmando que:

“... la violencia de género, expresada en la violencia simbólica que pueden sufrir las mujeres usuarias del programa de salud reproductiva a raíz de la asimetría de poder en la relación médico-paciente, la cual se identifica desde el discurso médico como el tener autoridad sobre las pacientes, y que sea el médico el que con sus conocimientos decida lo mejor para su paciente, justificando dicha actitud con el argumento de que esta conducta sirve para evitar riesgos de morbilidad y mortalidad”. (pág. 58)

Para el objetivo de este estudio se buscó concretar una definición que nombre los aspectos más importantes sobre las causas y orígenes de Violencia Gineco-Obstétrica, aspectos que se buscará definir y explicar para llegar a un mejor entendimiento sobre este tipo de violencia y así llegar a una propuesta eficaz para su prevención. En este estudio, la Violencia Gineco-Obstétrica será definida como: un tipo de violencia de género e institucional, generada contra la mujer embarazada por el personal sanitario durante el embarazo, parto y puerperio, basada en procedimientos o actitudes que afectan directamente la integridad

física y psicológica de la madre, dando como resultado la violación de sus derechos sexuales y reproductivos, y quebrantando su dignidad y autonomía. Sin embargo, es importante recalcar, que esta definición se centra en la violencia al margen del embarazo, parto y puerperio, esta definición no incluye la parte de la violencia que se ejerce sobre las mujeres durante un tratamiento ginecológico que no tiene porqué ser obstétrico, pero podría ser parte de un estudio que diera continuidad a esta investigación.

2.2 PROCEDIMIENTOS Y ACTITUDES: TIPOS DE VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA:

Durante los controles en el embarazo, el parto y el puerperio existen actitudes procedimientos evitables que generan Violencia Gineco-Obstétrica tanto física como psicológica contra la madre. Durante los controles perinatales se considerarán actos generadores de violencia gineco obstétrica los siguientes:

1. El impedimento al acceso o la falta de apoyo a un acceso dificultoso del servicio médico para realizar los controles perinatales suficientes que faciliten la detección de un embarazo de riesgo o un manejo oportuno del mismo.
2. Que durante el control perinatal se omita cualquier tipo de información sobre la condición del embarazo o procedimientos a realizar durante el mismo.
3. La violación a la intimidad de la madre por entrometimiento no consentido, como por ejemplo un examen genital invasivo y no justificado.
4. La violación de la autonomía de la madre al no realizar un “Plan de parto” que sea efectivo y donde se permita a la paciente tomar sus propias decisiones.
5. Obligar a la madre a someterse a procedimientos que atenten contra el desarrollo natural del embarazo.

En el artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” redactada en Venezuela en el 2007 considera actos causantes de violencia gineco obstétrica los siguientes (F.Belli, 2013, pág. 29):

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas

2. Obligar a la mujer a parir en posición supina con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización de parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.

Es de suma importancia entender que al tener legislación con objetivo sancionatorio podemos convertir estos actos en denuncias que nos ayudan a identificar de una manera más específica e individualizada este tipo de procedimientos. Silvia Bellón Sánchez describe, en su estudio “La Violencia Obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica” (2015), las denuncias más comunes que definen Violencia Gineco-Obstétrica:

- La omisión de información sobre cualquier procedimiento que se realizó durante el parto y su proceso.
- Cualquier tipo de práctica hospitalaria que puedan llegar a humillar o ignorar las exigencias manifestadas por las usuarias: como, por ejemplo: un trato infantilizado, abandono durante la fase inicial del parto, el no permitir el libre movimiento, la alimentación o consumo de agua incluso cuando esto no tiene ningún tipo de repercusión negativa para el parto)
- La realización de intervenciones que sean innecesarias, como las cesáreas, o intervenciones que sean riesgosas como la maniobra de Kristeller.
- Procedimientos rutinarios que no tienen evidencia científica comprobada sobre posibles ventajas para el bienestar de la madre o el feto, pero aún así se realizan como: el uso de enemas o medicación innecesaria como sedantes, la realización de la episiotomía o la posición obligatoria de litotomía. (pág. 94)

En Ecuador se habló por primera vez sobre Violencia Gineco-Obstétrica en el XVI Congreso Latinoamericano Ecuatoriano de Psicología Jurídica y Forense en el 2014, se nombraron varios ejemplos de prácticas por parte de los profesionales de la salud que generan este tipo de violencia, como son: no atender de una manera precisa y pertinente cualquier tipo de emergencia o urgencia obstétrica, imponer el parto en posición de litotomía a pesar de que existan los medios para realizar un parto en libre posición, impedir el apego inmediato entre madre e hijo sin justificación médica alguna imposibilitando la lactancia materna precoz, intervenir en el desarrollo natural del parto considerado de bajo riesgo implementando procedimientos que de alguna manera apresuran el mismo sin el consentimiento de la madre, terminar el parto mediante cesárea a pesar de que no exista alguna condición médica que lo indique sin el consentimiento de la madre. (Nuñez, 2016)

Al analizar estos procedimientos y actos queda claro que llegan a generar violencia física y psicológica, permitiendo identificar y referir 2 tipos de Violencia Gineco-Obstétrica:

- Violencia Gineco Obstétrica física: todo procedimiento u acto que llega a causar malestar físico o incluso aumenta el dolor del trabajo de parto, como la posición de litotomía, o intervenciones que generen repercusiones físicas a largo plazo y que se realizan sin el consentimiento de la madre, como la realización de la episiotomía y su reparación ineficaz.
- Violencia Gineco Obstétrica psíquica: cualquier trato por parte del personal de salud que atente contra la estabilidad emocional de la paciente, es decir, actitudes agresivas, burlonas que lleguen desprestigiar a la madre durante el parto, además de la omisión o negación de cualquier tipo de información demandada por la paciente sobre su trabajo de parto o sobre su hijo.

En consecuencia, todos estos actos e intervenciones llegan a tener repercusiones tanto físicas como psicológicas en la madre, y en nuestro país son sumamente comunes, a juzgar por los resultados del periodo de observación participante de este estudio, pero lo más preocupante, están invisibilizados a

pesar de que violan directamente los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. El primer derecho humano que se llega a comprometer es el derecho a salud, el mismo que se entiende, según la Organización Mundial de la Salud (2017), como: “El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr...” La OMS además afirma que el derecho a la salud abarca libertades y derechos:

- Libertades: toda persona tiene el derecho de mandar sobre su salud y su cuerpo, donde directamente entran los derechos sexuales y reproductivos, sin entrometimientos por parte de cualquier tercero como, por ejemplo, procedimientos o intervenciones sin consentimiento por parte de la persona.
- Derechos como “el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar” (pág. 3)

Como afirma Laura F. Belli en su estudio “La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos” (2013):

“El derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los derechos humanos” (pág. 30).

En su estudio realiza un análisis de los derechos humanos sexuales y reproductivos vulnerados durante el parto, esta información fue recogida de informes realizados por “El Instituto de Género Derecho y Desarrollo de Argentina”, junto con el “Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer” (2013):

1. Derecho a la integridad personal: se refiere al derecho que tenemos todas las personas a que nuestra integridad física, psicológica y moral sea respetada, es decir, este derecho nos protege de cualquier tipo de acto que genere algún tipo de daño tanto físico como psicológico que pueda crear una inestabilidad emocional y moral. Este derecho se ve quebrantado con actos constitutivos de Violencia Gineco-Obstétrica como el trato deshumanizado donde se amedrenta a la madre con violencia

verbal o procedimientos que causan más dolor durante el parto como la posición de litotomía o la realización de episiotomías innecesarias.

2. Derecho a la privacidad e intimidad: este derecho protege nuestra vida privada ya que nos dota de la libertad para poner un límite al nivel de intrusión por parte de terceros, y así poder mantener una privacidad que resguarde nuestra honra y dignidad. Este derecho queda anulado cuando se somete a la mujer embarazada a exposiciones corporales innecesarios durante los controles prenatales o a tactos vaginales numerosos durante el trabajo de parto sin brindarle ningún tipo de información o razón acerca de dichos procedimientos.
3. Derecho a solicitar y a recibir la información necesaria para tomar de manera autónoma y libremente decisiones sobre su salud. Esto se refiere a que la madre primero debe dar su consentimiento libre e informado para que el médico pueda proceder a realizar cualquier intervención durante el embarazo, el parto o el puerperio. Este derecho queda vulnerado cuando el servidor de salud utiliza su poder como profesional para realizar procedimientos como cesáreas, episiotomías o ligaduras dejando de lado la obligación de informar a la madre para darle la libertad de tomar sus propias decisiones y así respetar su autonomía sexual y reproductiva.
4. El derecho a no recibir tratos denigrantes y deshumanizados. Este derecho nos protege contra cualquier tipo de abuso que ponga en riesgo nuestra integridad física o moral, cualquier acto que llegue a degradarnos o vayan en contra de nuestros principios morales y culturales. Este derecho se ve violado cuando en los controles prenatales o durante el trabajo de parto no se toma en cuenta la opinión o las preguntas de la madre infantilizando sus razonamientos, también cuando el servidor de la salud agrede verbalmente a la madre con comentarios denigrantes refiriéndose a su control del dolor o a sus peticiones para sentir más comodidad durante el trabajo o labor de parto.
5. Derecho a no sufrir cualquier tipo de discriminación: este derecho protege específicamente nuestra dignidad contra terceros provenientes de cualquier sector social, privado o público, político o económico, este derecho obliga a los servidores públicos a garantizar el acceso a la mejor atención en salud, asegurando condiciones de igualdad sin importar la

procedencia, estatus social o económico de la persona. Este derecho queda anulado cuando a la mujer embarazada reside en lugares apartados y se le niega apoyo para acudir a los centros hospitalarios para los controles prenatales necesarios o peor aún, para iniciar su labor de parto, o cuando la madre proviene de una condición socioeconómica baja razón por lo cual no conoce sus derechos anulando la posibilidad de reclamarlos, permitiendo a los profesionales de la salud brindar una atención mediocre, violenta y discriminante que es normalizada por la paciente a razón de su desconocimiento (pág. 31).

Basándome en lo previamente citado y en mi experiencia durante el año de Internado rotativo de medicina, resulta muy evidente que diariamente se cometen actos generadores de Violencia Gineco-Obstétrica que quebrantan los derechos humanos más importantes de la mujer, pero a pesar de esto existe, es muy común, está normalizada por las usuarias y está invisibilizada por los profesionales de la salud en su práctica clínica (Resultados de la investigación Experiencias de parto en Pichincha, Brandao et al. 2017).

2.3 ORÍGENES Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: PERSPECTIVA DE GÉNERO Y VIOLENCIA INSTITUCIONAL:

Para poder entender la Violencia Gineco-Obstétrica debemos analizarla desde una perspectiva de Género, ya que es un tipo de violencia cuya principal víctima es la mujer y como actores están los profesionales de la salud que basan su práctica obstétrica en construcciones sociales y patriarcales, cuyos orígenes se remontan al comienzo de la edad moderna donde inicia la medicina basada en la patología, y por tanto, medicalizada. En el cambio hacia la medicalización de un proceso natural como es el parto, y al considerar de riesgo, partos que no lo son o cuyo riesgo es muy bajo, se está perdiendo la posibilidad del trato humanizado en la atención obstétrica. En la actualidad, algunos movimientos sociales como el feminismo o la defensa de los derechos de pacientes están logrando legislaciones y la recuperación de la toma de decisiones por parte de las mujeres: plan de parto, libre posición, parto en casa, culturalmente adaptado, etc.

La perspectiva o enfoque de género tiene como objetivo analizar toda diferencia de índole sexo-genérica, establecida en función de los roles y estereotipos asignados por la propia sociedad a cada género, esto quiere decir que la cultura es la que determina la feminidad y la masculinidad y no la biología. Entonces, la perspectiva de género separa tanto las diferencias sexuales, biológicas, y los determinantes de género, culturales, que han sido establecidos socialmente llegando a un análisis completo sobre los estereotipos de género que rigen la vida de varones y mujeres en nuestra sociedad. Para cumplir con los objetivos de este estudio, se ha optado por analizar el rol de la maternidad en la mujer y como éste llega a determinar su construcción de la feminidad con base en una discriminación genérica. Fiorella Pereira en su estudio “Violencia obstétrica, desde una perspectiva de género” (2017), habla de una mujer idealizada, de una mujer a la cual se le impone culturalmente la obligación de la maternidad para ser considerada “femenina”, es decir, se establece una relación causa efecto, “ser mujer es igual a ser madre”. Comenta que la maternidad es el factor determinante de feminidad para las mujeres, esta construcción cultural ha interferido con la autonomía e identidad de la mujer, ya que para muchas el único propósito en su vida será llegar a ser madres y llegan a convencerse de que su cuerpo está específicamente capacitado para engendrar un ser humano y a partir de ahí inicia su función primordial como madre que será velar y cuidar del bienestar tanto físico como psicológico de su hijo. Además, asegura que:

“Esta mujer idealizada, deja de un lado su propia persona por el deber de velar siempre por los demás, focalizando casi toda su atención en ello. Por tanto, desde esta concepción, la mujer no tiene posibilidad de una identidad que escape a la función materna” (pág. 6).

Es necesario entender, como profesionales de salud y como ciudadanos, que para ser madre hace falta ser mujer, pero no al revés. Así que, aunque culturalmente haya una exigencia hacia la maternidad, cada vez más hay mujeres que toman la opción de no ser madres, o de serlo de un modo tardío o solas. No existe un único modo de ser mujer, como tampoco de ser madre o feminista. Sánchez realiza un análisis de la relación entre género y violencia obstétrica y afirma que: “En las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres

se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada” (Sánchez S. B., 2015), habla de una conexión directa entre los profesionales especializados en gineco-obstetricia y la sexualidad y capacidad reproductiva de la mujer, donde dichos profesionales utilizan este poder para controlar todo aspecto sobre la salud de la madre y el recién nacido dejando de lado la autonomía de la paciente y vulnerando los derechos de la misma. Pero lo más importante queda en analizar como los estereotipos de género interfieren en la práctica médica y obstétrica en general, dando como resultado este tipo de violencia contra la mujer, se habla de que en nuestra sociedad actual se sigue viendo al embarazo, al parto y a la maternidad, como la única y más importante tarea de la mujer y como principales aspectos que terminan definiendo la feminidad. Además Sánchez (2015) refiere que:

“En nuestra sociedad, el parto y la maternidad han sido vistos durante siglos como la tarea principal de las mujeres y el aspecto esencial que define la feminidad. En contraposición el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio, como, por ejemplo: un parto doloroso, mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto” (pág. 96).

Los orígenes de la Violencia Gineco-Obstétrica se remontan al comienzo de la edad moderna, en esta época la medicina entra en un proceso de cambio donde el médico deja de ser un servidor para la sociedad y se convierte en una autoridad, considerado “elite” dentro de la sociedad. El médico deja de lado la obligación de servir y sacrificarse para el paciente, al contrario, el paciente es el que tiene que agotar sus recursos para acceder a un servicio médico donde queda anulada una relación médico paciente humanizada y preventiva por una práctica médica basada en la patología medicalizada, patriarcal y jerárquica. Para justificar lo previamente redactado es indispensable analizar a Michel Foucault, uno de los investigadores que más analizaron todos los cambios en la Medicina desde una visión política autoritaria y jerárquica, donde su principal

argumento fue que la práctica médica se convirtió en una estrategia para controlar al ser humano. Para el objetivo general de este estudio fueron consultados ciertos autores que lograron sintetizar los aportes de Foucault direccionándolos hacia la problemática de la medicina actual y como ésta llega a afectar directamente a la sociedad.

Nicolás Fuster Sánchez y Pedro Mocosó en su estudio “Poder en la época de la Población. Foucault y la Medicalización de la Ciudad Moderna” (2016), aseguran que Foucault logró identificar mecanismos de poder que surgen en el ámbito médico como estrategias de control. Uno es llamado la “anatomopolítica”, se basa en la visión de que el cuerpo humano es una máquina, la cual al individualizarla separándola de la sociedad, se puede controlar, educar, vigilar y redireccionarla hacia el objetivo que la medicina actual busca “docilizar”, al paciente para evitar tener que generar una comunicación empática y mantener la jerarquía del poder médico durante la práctica donde el paciente acate toda orden médica. Otro mecanismo que se analizó en este estudio fue el de la “biopolítica” que en palabras de Foucault se define como:

“la disciplina centrada en el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar” (pág. 210).

Foucault integra estos mecanismos de control en uno solo, al cual denomina “Biopoder” y lo define como:

“...el conjunto amplio de estrategias y técnicas orientadas hacia el disciplinamiento de los cuerpos y la regularización de la población, los mismos que no pudieron afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (pág. 211).

Tras la lectura de este desarrollo conceptual, resulta fácil concluir que en este contexto la medicina se convirtió en una política, en un poder para controlar a la población, la práctica llega a basarse en una medicalización deshumanizada para mantener una salud relativa que le permita a la persona seguir formando

parte y siga manteniendo el sistema biopolítico y económico impuesto. Citando de nuevo a Sánchez, en su estudio realiza un análisis del concepto del Biopoder de Foucault afirmando que éste va de la mano con mecanismos que controlan a la población de una manera invisibilizada, que llega a ser vista como racional, y así modificar de manera eficaz parámetros específicos del ser humano que tienen que ver con su bienestar, como sus hábitos de la salud, sus conductas reproductivas o sus conductas sexuales. Concluye que, según la visión de Foucault, la medicina es un campo de conocimiento condicionado por factores económicos y políticos que, en relación a la visión de la ciencia médica como la única verdad absoluta, convierten al profesional de la salud en una de las autoridades más importantes de la sociedad, ya que se les brinda la capacidad de utilizar ese discurso médico institucionalizado para controlar la vida (Sánchez S. B., 2015). Además, asegura que:

“...la medicina institucional asume una posición privilegiada como campo de la ciencia encargado de definir cuándo comienza la enfermedad. Es decir, establece que es lo sano, qué es lo enfermo, y que se considera normal y que no, dictando cuales son los individuos aptos y cuáles no”, garantizando que toda casa de salud o centro médico, se han convertido en instituciones disciplinarias desde donde se administra el biopoder” (pág. 99).

El principal objetivo de la medicina posterior a la época moderna fue explicar la muerte, ésta fue la razón o excusa para que se institucionalice la práctica médica ya que de esta manera se lograría controlar todo tipo de proceso patológico y de alguna forma “controlar la muerte”, pero este camino sería utilizado para crear “el discurso médico”, que como afirma Sánchez citando a Foucault:

“El poder disciplinario logrado por el discurso médico hegemónico se mantiene gracias a la legitimidad social que éste ha logrado, promocionada por estructuras económicas y políticas que tienen el poder para reproducir algunos discursos en detrimento de otros, a veces haciéndolos accesibles y atractivos y en otras ocasiones, haciéndolos complicados y oscuros a ciertos sectores de la sociedad” (pág. 99).

La figura del médico, en este abordaje descrito por Foucault y quienes se basan en él, deviene una suerte de “vendedor o dispensador de salud”, un *enfermólogo*, como diría Edmundo Granda (2009), que utiliza un discurso que convence y controla a la vez, prometiendo salud a personas débiles por estar enfermas, y asegurando en esa desigual situación de poder, su autoridad sobre la sociedad.

Después de las lecturas y de las entrevistas realizadas, se puede llegar a afirmar que éste es el verdadero origen de la Violencia Gineco-Obstétrica, todos estos cambios afectaron de una manera directa al embarazo y al parto tradicional, los mismos que se daban en el domicilio de la madre, donde la persona que atendía el parto llegaba al mismo a ayudar en el parto, donde la autonomía de la madre estaba primero y toda orden que la misma daba era acatada tanto por los familiares como por la “partera”, el recién nacido era entregado a la madre inmediatamente después de terminado el parto mientras iniciaba el puerperio, no se intervenía casi en ningún aspecto dado que la mayoría de los partos eran de bajo o nulo riesgo. En este escenario de lo doméstico y familiar, no existía ningún tipo de violencia permitiendo que el parto siga un curso natural con beneficios físicos y emocionales para la madre. Sin embargo, no podemos obviar que no todo parto en domicilio culminaba con éxito, siempre existían casos donde las complicaciones sobrepasaban el conocimiento de las parteras y el esfuerzo físico de la madre, dando como resultado mortalidad materna o infantil o ambas.

De ahí que el riesgo de muerte materna o del recién nacido haya constituido la base del discurso médico para institucionalizar el embarazo y el parto, como asegura Carla Cobo Gutiérrez en su estudio “Violencia Obstétrica” (2016):

“Trasladar el parto a los hospitales, para los médicos suponía poder llevar a cabo un control mas exhaustivo sobre aquellos casos patológicos. Estos defienden la idea de que el intervencionismo médico es la manera más efectiva de reducir mortalidad materno-infantil. Lo cierto es que hoy en día ese intervencionismo se ha extendido hasta tal punto que embarazos y partos totalmente saludables son tratados como si fuesen patologías necesarias de intervención médica constituyendo un ejemplo clave de violencia obstétrica” (pág. 12).

De hecho, los últimos datos de 2017 que aporta el Ministerio de Salud Pública para la provincia de Santa Elena, Ecuador, arrojan cifras de mortalidad materna baja o inexistente después de una iniciativa para devolver el parto al domicilio de las madres. Las hemorragias postparto ocurren en numerosas ocasiones durante el desplazamiento de la mujer al centro de salud. (Datos comunicados verbalmente por las autoridades del MSP, sin publicación de referencia por el momento, Universidad Técnica Equinoccial, Quito, 20 de junio de 2018).

El problema está en que el intervencionismo médico termina convirtiendo un proceso natural como el embarazo y el parto en un proceso patológico. Se habla de un “Embarazo de riesgo” que progresa a un “Parto de riesgo”, donde la base de la comunicación, que el médico buscará construir con la paciente, será patologizar el embarazo y el parto, para poder tener control absoluto sobre las decisiones que se tomarán, asegurando la medicalización y el intervencionismo de todo el proceso, preservando de una forma incontestable la autoridad médica, ante la amenaza de daño para la integridad de la madre o del bebé. La Guía de Práctica Clínica “Control Prenatal” propuesta por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015), define al Embarazo de riesgo como:

“...aquel en que se tiene la certeza o existe mayor posibilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias” (pág. 12).

También define al embarazo sin riesgo o normal como:

“...estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad” (pág. 12).

Estas definiciones recomendadas por las guías previamente nombradas, tienen como objetivo principal que el médico responsable de atender a la mujer embarazada, esté lo suficientemente preparado, tanto en su capacidad para generar una relación de confianza y humana con la madre como en su conocimiento médico teórico sobre el embarazo, para poder identificar factores

de riesgo socio económicos y médicos que puedan convertir un embarazo fisiológicamente normal en uno que se puede complicar, pero más importante, lograr mantener un embarazo respetado y humanizado a pesar de estar frente a un proceso que pone en riesgo la vida de la madre y de su hijo/a, utilizando todos los recursos disponibles para brindar una atención de calidad, eficaz y completa.

Lamentablemente, los profesionales y el sistema de salud se han formado en esta patologización del parto que puede que en su momento tuviera el objetivo de controlarlo (Odent, 2009) pero llegados a este punto, ahora nos corresponde deconstruir este modelo para llegar a ese parto humanizado al que nos obliga la ley, al final, la pretensión es mejorar la calidad de atención o la salud preventiva.

Como afirma Sánchez (2015) en su estudio, citando a Narotzky, Tabet, Martín y Menéndez:

“...el parto en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad, en los que los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable. De esta fórmula se critica que el resultado final es el objetivo mayor, descuidando el proceso vital que lo lidera” (pág. 100).

Para presentar una evidencia de lo dicho, nada más cercano que la experiencia del periodo de Internado Rotativo. Este análisis se basa en mis grabaciones de diario de campo, de la observación como participante en talleres acorde al tema y en las entrevistas realizadas a profesionales en el ámbito de la clínica, de ahí que esté escrito en primera persona del singular. “En síntesis, la medicina pública que se nos obliga a practicar a los médicos en todos los niveles de atención se caracteriza por buscar atender de una manera económicamente rentable a un número elevado de pacientes en un rango limitado de tiempo y recursos, por ejemplo, hablando desde mi experiencia durante el Internado rotativo de medicina en la rotación de gineco-obstetricia, se nos obligaba a atender a un número mínimo de 30 pacientes en una jornada de 8 horas, por lo que solamente podíamos utilizar 15 minutos por paciente, tiempo que no es suficiente para poder generar una relación de confianza con la paciente o una atención lo

suficientemente humanizada con la misma, convirtiéndose en una consulta violenta, autoritaria y jerárquica donde nuestro único objetivo era buscar patología para poder intervenir y medicalizar el embarazo y así “optimizar el tiempo” y lograr atender a todas nuestras pacientes”. Este testimonio está escrito de acuerdo con las anotaciones del diario de campo grabadas durante la investigación, puede resultar subjetivo, pero así es como lo viví y lo relato. Esta forma de atención en medicina gineco-obstétrica que se nos obliga a practicar es el cobertor y generador de un tipo de violencia que, para mí, es la base estructural de la violencia Gineco-Obstétrica, la Violencia Institucional.

Teresa Pérez Vázquez en su estudio “La Violencia Institucional contra las mujeres” (2014) cita La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia redactada en México, la cual reconoce a la violencia Institucional y la define en su artículo 18 como:

“..los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia“ (pág. 57).

Vázquez asegura que la violencia institucional se basa en el patriarcado, hablamos de una supremacía o autoridad que impone una jerarquía de poder que asegura un control sobre el cuerpo de la mujer. Propone como causa aparente una misoginia enmascarada, cuya estructura se mantiene mediante actos y discursos que crean una relación, en este caso médico-paciente, donde queda “justificado” el desvalorizar, discriminar y violentar a la mujer por parte del trabajador de la salud, tanto en el sector privado como público, esto se complementa con la impunidad por parte de las diferentes autoridades públicas que controlan el sector de la salud, ya que mientras esta violencia este invisibilizada y normalizada por las y los pacientes y no exista repercusiones económicas o sociales de importancia, no realizarán ningún esfuerzo por controlarla o eliminarla (Vázquez, 2014).

Como aseguran Janaína Marques de Aguilár y Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira en su estudio "Violencia Institucional en maternidades públicas bajo la óptica de las usuarias" (2010), la violencia Gineco-Obstétrica se manifiesta como un tipo de violencia institucional y si se la analiza desde una perspectiva de género, la violencia institucional en los centros obstétricos se apoya en la situación económica desfavorecida de las mujeres que tienen menos recursos cognitivos para defenderse y su situación precaria las hace menos autónomas que al resto. Desde el punto de vista clínico todas las mujeres son igual de vulnerables y susceptibles de recibir abuso de poder cuando un profesional llega a practicar este tipo de violencia. El abuso de poder es más grave cuando coinciden las dos formas de vulnerabilidad más extrema: el desconocimiento y la enfermedad. De esta manera es como se llega a crear esa relación jerárquica de la que se habló previamente, en la cual la madre es tratada como un objeto de intervención profesional, y no como un ser humano con la capacidad de tomar sus propias decisiones y decidir conscientemente sobre el embarazo o el parto. Además, Aguilár y d'Oliveira aseguran que:

"La violencia institucional se expresa en la medicina obstétrica y ginecológica cuando los profesionales de la salud son negligentes en su calidad de atención a la usuaria, cuando discriminan a la paciente dependiendo de sus características socio-económicas, cuando existe violencia verbal, cualquier tipo de trato grosero, amenazas, reprimendas o humillación intencional por parte del profesional, cualquier tipo de violencia física que pueda causar más dolor de una manera innecesaria o exceso de exploración genital que puede llegar a considerarse abuso sexual y con un uso inadecuado de la tecnología realizando intervenciones innecesarias y sin evidencia científica interfiriendo con el curso natural del embarazo o del parto" (pág. 3).

Es muy importante entender que cuando un profesional permite que en su práctica exista este tipo de violencia, se podría asegurar que aun predomina una ideología donde se considera a la mujer inferior física y moralmente, donde su papel como ser humano en la sociedad esta determinado por su condición de reproductora permitiendo que su cuerpo y su sexualidad sean objeto de control por la medicina.

2.4 MEDICINA GINECO-OBSTÉTRICA EN EL ECUADOR: ANÁLISIS DE GUÍAS Y PROTOCOLOS

Después de realizado un análisis exhaustivo sobre la definición, los orígenes y la estructura de la Violencia Gineco-obstétrica como un tipo de violencia Institucional, decidí enfocarme en la medicina Gineco-Obstétrica, la salud sexual y reproductiva en nuestro país realizando una revisión sobre las guías y protocolos recomendados por el Ministerio de Salud Pública para la práctica diaria en esta especialidad médica. Para objetivo de este estudio se realizó una revisión de las definiciones y recomendaciones dictadas en estas guías en torno a la atención del embarazo y parto con el objetivo de identificar aspectos clave que tengan relación con el tema de esta investigación.

En nuestro país se expide el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021” (2017), con el objetivo de promover la inclusión y el respeto de los derechos humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, garantizando una atención de calidad promoviendo la actualización de los conocimientos, asignando recursos y desarrollando estrategias para mejorar los indicadores de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva. A continuación, detallamos los supuestos en los que este Plan Nacional dirige su marco de actuación. Toda estrategia propuesta está basada en un enfoque de derechos, donde se reconoce a las personas como titulares de derechos fundamentales universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado, quien debe garantizar y crear condiciones para ejercicio de los mismos, planteando un cambio en la forma de aproximarse a la ciudadanía construyendo una dinámica de interrelación entre los diferentes actores sociales potenciando el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos, promoviendo un nuevo entendimiento de la salud pública como área de interés social, donde prima la interrelación entre la sociedad civil y el ente rector en salud.

El enfoque de derechos del que se habla se basa en los derechos sexuales y derechos reproductivos que son definidos como “...derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherente a todas las

personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes.” (pág. 16).

También se establece la normativa desde un enfoque de igualdad, el mismo que implica medidas para manejar las inequidades y desigualdades en la sociedad, eliminando en lo posible las brechas sociales combatiendo cualquier clase de violencia discriminativa, esta estrategia está definida como:

“...la generación de condiciones y capacidades para que todas las personas, sin importar sus diferencias y especificidades, tengan las mismas oportunidades y puedan ejercer sus derechos en todos los ámbitos y, de manera particular, en el ámbito de la salud. Por ello es necesario trabajar hacia una atención de salud incluyente que contemplen las diferencias existentes a nivel de regiones geográfica, situaciones sociales y narrativas personales de los usuarios y usuarias de los servicios de salud”. (pág. 16)

Desde la igualdad y el enfoque de género, se busca cambiar cualquier relación en el ámbito económico, político, social y cultural entre hombres y mujeres que esté discriminando a las mujeres en el respeto de sus derechos, en acceso a beneficios, recursos y oportunidades. De tal modo que, como estrategia, la norma se basa en:

“... abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en todas las acciones de salud, para así mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas de salud sexual y reproductiva. Este enfoque, va en consonancia con una atención de salud de calidad e integral, capaz de cubrir las necesidades y derechos de las personas y sus singularidades.” (pág. 16)

De esta manera se busca llegar a un enfoque de sexualidad integral, como una función humana completa y no sólo reproductiva, planteando:

“...la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como una parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que

es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación.” (pág. 17)

La salud sexual es un aspecto que, para un abordaje eficaz, requiere incorporar el enfoque inclusivo, garantizando la no discriminación, con el fin de que:

“Seamos capaces de identificar y nombrar las situaciones de injusticia que fomentan la desigualdad en los grupos sociales, a fin de evitar toda forma de discriminación respetando las diversidades. Las estrategias que propone este enfoque se incluyen como parte de las políticas públicas, programas y servicios que ofrece el Estado para garantizar los derechos.” (pág. 17)

Así se busca que los profesionales de la salud busquen generar en la población una vida mucho más digna, donde todo individuo, sin exclusión, tengan garantizado el acceso a servicios de salud que se enfoquen en salud sexual y reproductiva. Referirse a cualquier tipo de discriminación nos lleva a priorizar sobre las diferencias culturales de nuestra población, por esto un enfoque de interculturalidad es de suma importancia, como estrategia este enfoque busca establecer relaciones entre culturas diversas, abordando la inequidad de las poblaciones según sus identidades culturales reconociendo las diferencias que llegan a afectar las condiciones de la salud y el abordaje de la sexualidad, este enfoque nos permitirá

“...entender la vivencia de la salud, de la salud sexual y de la salud reproductiva como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas. Es así como la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas.” (pág. 17)

Así como es necesario reconocer las diferencias culturales, es más importante aún utilizar un enfoque intergeneracional en la práctica médica, ya que de esta manera se busca reconocer toda diferencia de poder y necesidades existentes entre los grupos etarios, dejando de lado cualquier creencia falsa sobre la sexualidad en adolescentes, adultos mayores, niñas y niños, este enfoque propone

“... una reflexión y transformación del adultocentrismo existente en la sociedad, y que se reconozca la capacidad de adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores para tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual. Pero también implica la comprensión de la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano integral, durante todos los ciclos de vida.” (pág. 18)

Ya es muy difícil llegar a integrar todos estos enfoques en la práctica médica de nuestros médicos, pero mucho más difícil es lograr que los usuarios se empoderen con su propia salud, por esto es primordial utilizar un enfoque de participación y ciudadanía en salud, donde se vuelve una obligación de los médicos lograr cumplir su función como educadores de la salud, logrando que las personas asuman una responsabilidad propia, asegurando una participación activa para generar condiciones dignas y saludables que resguarden su propio derecho a la salud, para esto, es necesario que este enfoque

“...propicie, fomente y garantice el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas, ciudadanos y de las organizaciones sociales en la toma de decisiones que corresponda, así como institucionalice instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos para que la implementación del Plan cuente con una base social empoderada.” (pág. 18)

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 busca en sí, concretar todos los aspectos necesarios que debería tener la práctica médica mediante los diferentes enfoques previamente nombrados y sobre todo lograr que los profesionales de la salud lleguen a entender que estos enfoques no existen uno sin el otro, todos tienen una conexión irrompible, es decir, la práctica médica Gineco-obstétrica debe basarse en un cuidado de los derechos sexuales y reproductivos de la madre, buscando un ambiente donde predomine la igualdad mediante el entendimiento del enfoque de género, reconociendo a la sexualidad de la madre como un mundo abierto donde no predomine la función reproductiva, evitando cualquier tipo de discriminación independientemente de los aspectos socio-económicos o demográficos, llegando a respetar la interculturalidad que existe en nuestro país, reconociendo las diferencias físicas y emocionales entre

madres de diferente grupo etario para lograr una atención individualizada y al final cumplir el objetivo primordial de lograr educar a la madre y empoderarla sobre su embarazo para que tome sus propias decisiones y se respete su autonomía.

El Ministerio de Salud Pública propone la Guía de Práctica Clínica “Control Prenatal” (2015), esta guía define al embarazo como un proceso fisiológico, por lo cual el médico debe asegurar, mediante los cuidados necesarios, un desarrollo normal, utilizando la tecnología adecuada y reconociendo el papel primordial de la paciente como madre en la toma de decisiones que puedan llegar a afectar el embarazo, además recomiendan el respeto a la evolución natural del embarazo donde toda intervención debe estar justificada solo si ha demostrado beneficio y respeta las necesidades y deseos de cada mujer, asegurando que:

“Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.” (pág. 10)

Además, la guía llega a un enfoque de protección materno infantil como objetivo principal de las recomendaciones, donde se afirma que:

“Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, calidad de vida y equidad para la mujer, sus familias y las comunidades.” (pág. 10)

A continuación, se nombran las recomendaciones generales del control prenatal dictadas por la Guía (2015), que tienen el objetivo primordial de proveer a los

profesionales de la salud una aproximación razonable a un control prenatal integral que cumpla con las expectativas previamente citadas:

- Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por profesionales capacitados, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista ginecobstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse. (pág. 13)
- La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación a su entorno comunitario. (pág. 13)
- En la atención prenatal debe haber continuidad y debe ser realizada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta comfortable. (pág. 13)
- El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc. (pág. 13)
- La embarazada debe tener su propio carné prenatal. Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la embarazada y el personal de salud involucrado en su atención. (pág. 13)
- Entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones acertadas acerca de sus cuidados: ¿en dónde será atendida, ¿quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto? La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones. (pág. 14)
- A la embarazada se le debe informar oportunamente sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, y otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar. (pág. 14)
- La comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades, tomando en cuenta las discapacidades físicas, sensoriales

o de aprendizaje. La información también puede explicarse con material educativo y debe ser apoyada con información escrita. Se debe dar toda la oportunidad a la embarazada para discutir sus problemas y resolver dudas. (pág. 14)

- Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información sobre la dieta y, pruebas de laboratorio. (pág. 14)
- La embarazada debe ser informada acerca de la finalidad de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen, teniendo como derecho la aceptación o rechazo de las mismas. (pág. 14)
- Las intervenciones que se realicen en el periodo prenatal deben ser efectivas y probadas y aceptadas por la paciente. (pág. 14)

Al recordar los actos e indicadores constituyentes de Violencia Gineco-Obstétrica recogidos en este estudio, es evidente que la guía que disponemos los médicos para la atención prenatal, busca indudablemente neutralizar dichos actos, mediante una atención prenatal humanizada, donde se respete todos los derechos de la madre, enfatizando la generación de una relación de confianza entre el médico y la madre que asegura una comunicación eficaz y respeto de la autonomía materna, dando como resultado ese empoderamiento por parte de la paciente con su embarazo que facilita la detección de factores que puedan poner en riesgo la salud materno-infantil.

El Ministerio de Salud de Salud Pública publica la Guía de Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato (2015), con el objetivo de:

“...presentar la mejor evidencia científica en la atención eficiente del trabajo de parto, parto y atención del recién nacido para que contribuya en forma temprana y adecuada a disminuir la morbilidad materna y perinatal, enfocando la atención del parto como una situación fisiológica normal que debe ser debidamente controlada por el personal de salud en el primer nivel de atención de forma preferencial, definiendo las mejores recomendaciones para la atención del mismo en la primera etapa del trabajo o periodo de dilatación, en la segunda etapa o periodo expulsivo y en la tercera etapa o periodo de alumbramiento;

además da recomendaciones para el cuidado y manejo de RN en el periodo de postparto inmediato.” (pág. 14)

La guía también asegura que el parto y el nacimiento son eventos netamente fisiológicos y que nuestro deber como médicos es asegurar y garantizar los mejores resultados en la atención por la elevada importancia que tiene el parto para la mujer en relación a su salud emocional, su adaptación a la maternidad, la formación del vínculo con su hija/o, una lactancia exitosa y el tipo de crianza lo cual controlará el desarrollo a futuro de los niños y niñas, también habla sobre la capacidad que debemos tener los médicos para lograr que las mujeres recuperen la confianza en sí mismas sobre sus capacidades para sacar adelante el parto esto mientras cumplimos con las necesidades básicas de la madre durante el parto, seguridad, tranquilidad, privacidad y autonomía, asegurando una atención que satisfaga a la mujer y el bienestar tanto de ella como del recién nacido (Ministerio de Salud Pública, 2015).

A continuación, nombraré las recomendaciones que dicta la guía (2015), que son de mayor relevancia para este estudio y sus objetivos:

- Se recomienda que los establecimientos de salud promuevan la atención del trabajo de parto, parto de bajo riesgo por parte de personal debidamente capacitado. (pág. 17)
- Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención. (pág. 17)
- Las mujeres que reciben apoyo continuo profesional durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de:
 1. Recibir analgesia regional
 2. Tener un parto vaginal instrumental
 3. Tener un parto por cesárea
 4. Informar insatisfacción con la experiencia de parto (pág. 17)

- Se recomienda que el personal capacitado para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio acompañe y apoye a la embarazada de forma continua. (pág. 18)
- Se recomienda que las embarazadas en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto y calidez, dispongan de toda la información acerca de sus opciones y estén implicadas en la toma de decisiones. (pág. 18)
- Se recomienda que el personal de salud que las atiende establezca una relación empática con las mujeres, pregunte por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. (pág. 18)
- Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma. (pág. 19)
- Se recomienda parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo supervisión del especialista en Ginecología y Obstetricia; a menos que exista contraindicación materna y/o fetal para ella. (pág. 19)
- La decisión de intervenir ante una sospecha de prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos, y no exclusivamente sobre la base de la duración. Esta decisión estará a cargo del especialista en ginecología y obstetricia. (pág. 20)
- Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN. Más bien se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas. (pág. 21)

- Se puede ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, sin restricción frente a una posible cesárea, ya que, en la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuro axiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas. (pág. 20)
- No se recomienda utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. La utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales. (pág. 21)
- No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto. (pág. 22)
- Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres a la LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo; incluso a las que utilizan analgesia epidural. (pág. 22)
- Antes de practicar un tacto vaginal, se deberá:
 1. Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones.
 2. Conocer que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.
 3. Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.
 4. Explicar la razón por la que se practica y comunicar los hallazgos encontrados, con calidez, sobre todo si no son los esperados por la mujer.(pág. 23)
- No se recomienda realizar amniotomía/amniorrexis artificial, ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados. (pág. 23)
- Se recomienda que, durante el trabajo de parto y expulsivo, las embarazadas adopten la posición que les sea más cómoda. Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía,

se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF. Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración). (pág. 25)

- No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La episiotomía selectiva vs. la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta. (pág. 26)
- Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento. (pág. 28)

Al analizar las recomendaciones previamente nombradas, comparándolas con los actos constituyentes de Violencia Gineco-Obstétrica durante el proceso del parto y todas sus fases, queda claro que la guía se basa en la búsqueda de que los profesionales de la salud logren un proceso respetado y humanizado ya que si vemos como un conjunto a todas las recomendaciones, se propone un tipo de práctica gineco-obstétrica totalmente libre de cualquier tipo de violencia, una práctica que asegura el respeto de todos los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la madre y sobre todo una práctica que no solo protege la integridad física de la madre si no su dignidad e integridad emocional también.

Fue objetivo de este estudio realizar un análisis del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, la Guía de Control Prenatal y la Guía de Atención al trabajo de parto, parto y postparto inmediato para dar a conocer que en nuestro país está, en teoría, totalmente reconocido un proceso de embarazo y parto respetado, humanizado e intercultural, pero hay que recalcar este proceso solo está en teoría. En mi experiencia como estudiante en la carrera de medicina puedo asegurar que estas recomendaciones no se me enseñaron, y en el año de Internado Rotativo en mi rotación de gineco-obstetricia simplemente se me enseñó el mismo protocolo de atención basado en una

violencia institucional evidente donde el único objetivo era "... obtener un producto vivo, estable y en el menor tiempo posible". También, en calidad de observador, pude reconocer que no existe una relación humana entre el profesional de la salud y la madre, no se acatan las recomendaciones de las guías y los protocolos dictados por el Ministerio de Salud Pública, y así es como justifico que en nuestro país existe una atención gineco-obstétrica humanizada invisibilizada, invisibilizada porque disponemos estudios y protocolos con la mejor evidencia posible que nos recomiendan a los profesionales de la salud del Ecuador establecer una práctica y atención del embarazo, parto y puerperio respetado y humanizado donde no exista ningún tipo de violencia, pero por factores que rigen nuestro sistema de salud, mantenemos una práctica que solo busca proteger un bienestar físico materno infantil para salvaguardar las estrategias económicas impuestas por nuestro sistema médico público institucional.

2.5 ANÁLISIS Y VISIÓN LEGAL:

El paradigma del Estado Constitucional de Derechos nace cuando la Constitución de la República del Ecuador, elaborada en Montecristi entra a regir como norma suprema del Estado Ecuatoriano, centrándonos precisamente en que la misma, deja de lado la naturaleza del Estado de Derecho que manteníamos con la Constitución de 1998, en la cual la sociedad únicamente se regía por las normas o el derecho vigente al momento; mientras que, si analizamos un Estado Constitucional Derechos, es aquél en el cual, prevalecen los derechos de las personas, derechos que se encuentran plasmados en la Constitución de la República, y que el único garante es el Estado, por lo tanto, se encuentra en la capacidad de garantizar y exigir su cumplimiento a través del Ministerio de Salud Pública. Por esto, fue necesario realizar un análisis de la legislación ecuatoriana respecto del derecho a la Salud y a la vida, el derecho a la salud reproductiva y sexual, y no solo ello sino las normas que precautelen los derechos respecto a la violencia de género, considerando que, al encontrarnos en un Estado constitucional de derechos, su garantía debe ser efectiva y de fiel cumplimiento. De esta manera, la Constitución de la República del Ecuador, en primera instancia reconoce la aplicación de los Tratados Internacionales, a fin de precautelar los derechos, en tal virtud su aplicación y cumplimiento debe ser

obligatorio; inmediato; y, eficaz en caso de que cometa alguna vulneración, para ello el artículo 11 rige una serie de principios que todos los ciudadanos, e instituciones tanto públicas como privadas están obligadas cumplir.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural ... que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.

6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos. El Estado ejercerá de forma inmediata el derecho de repetición en contra de las personas responsables del daño

producido, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas. (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Ahora bien, la Constitución del Ecuador, así mismo reconoce que, es el Estado Ecuatoriano quien está obligado a garantizar sin discriminación alguna el goce de todos los derechos, pero entre uno de los derechos primordiales se encuentra el Derecho a la Salud (Constitución de la República del Ecuador, 2008), lo cual guarda plena concordancia con lo expresado en los instrumentos internacionales. Siendo así que, dentro del capítulo Segundo, correspondiente a los derechos del buen vivir, en la sección séptima se encuentra contemplado y amparado el Derecho a la Salud, pues en efecto el artículo 32 manifiesta de manera literal:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Así mismo en el marco de los derechos de libertad reconocidos, la Constitución no solo asegura el derecho a la Salud, en lo que respecta a llevar una vida digna, sino que también reconoce el derecho a la integridad, física, psíquica y moral, siendo uno de los más afectados y vulnerados cuando se comete violencia obstétrica, no obstante la garantía de este derecho, permite combatir todo tipo de violencia contra las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, grupo dentro del cual se encuentran las mujeres, quienes en el campo de la salud, a lo largo de la historia han sufrido una serie de violaciones contra su integridad y su vida, y como consecuencia ha sido necesario establecer normas que permitan precautelar sus derechos.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

1. El derecho a una vida digna, que asegure la salud,
2. El derecho a la integridad personal, que incluye:
 - a) La integridad física, psíquica, moral y sexual.

b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Ecuador no ha generado una normativa que tipifique y sancione el delito de violencia obstétrica, o a su vez no ha creado una normativa de carácter administrativo que permita prevenir y precautelar los derechos de las mujeres respecto a la violencia obstétrica en el Sistema de Salud, pese a que ha sido evidente la vulneración de derechos que ha existido por parte de quienes forman parte del sistema de salud.

En lo concerniente a la Ley Orgánica de Salud, su estipulación respecto al tema “violencia” de las mujeres embarazadas en el sistema de salud, resulta ser muy sesgada, no obstante, en teoría se ha intentado precautelar y proteger los derechos de las mujeres. Siendo así que el artículo 6 establece.

Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;

Por otro lado, el capítulo III, correspondiente a “La Salud Sexual y Reproductiva”, establece en su artículo 20:

Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la . (Ley Orgánica de Salud, 2006)

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin

costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello. (Ley Orgánica de Salud, 2006)

Art. 31.- El Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.

Ahora bien, la normativa que rige la tutela de los derechos de las mujeres está claramente plasmada en los diferentes cuerpos del ordenamiento jurídico nacional e internacional, sin embargo, el estado a través de sus organismos o entes encargados de garantizar su cumplimiento han hecho caso omiso de los mismos, dejándolo únicamente en teoría, tanto es así, que, sin importancia alguna, han transgredido derechos fundamentales de los seres humanos, y en el caso particular de las mujeres, que han venido luchando por erradicar todo tipo de violencia a través de los diferentes convenios internacionales, que

protegen en particular el derecho a, la vida, la salud, la seguridad, la no discriminación, la integridad personal, física y psíquica, el derecho a no ser víctima de tratos inhumanos, humillantes o crueles, y, el derecho a una salud reproductiva plena, concluyendo que en el campo del Sistema de Salud Pública y Privada necesariamente todos estos derechos van de la mano para su aplicación, pero también hemos evidenciado que ello no se encuentra configurado únicamente en instrumentos internacionales, pues también, los tenemos garantizados en la Constitución y en una Ley Orgánica de Salud que rige el sistema, pero aquí surge la disyuntiva, pues en efecto tengo una infinidad de artículos jurídicos que me protegen como mujer, que protegen los derechos de las mujeres respecto al acceso a la Salud Pública, su derecho a la libertad, a la información, a la seguridad, a la integridad física y psicológica,

Pero aquí los legisladores y como tal las Autoridades Sanitarias se han olvidado de un punto importante, y es que, todos estos derechos han quedado solo en la teoría, pues los derechos existen, pero realmente se han encargado de aplicarlos, ¿y qué norma se ha aplicado para sancionarlos en el caso de incumplimiento? y la respuesta es clara, No existe, por lo tanto esto lleva a la impunidad, y sobre todo a que todos los profesionales de salud no tomen las medidas correctas respecto a la atención de salud con las mujeres.

Si se analiza, ¿Cuál ha sido la realidad de las mujeres en situación de embarazo, en los hospitales públicos y privados?, seguramente nos encontraremos con historias que relaten la violencia obstétrica diaria que viven las mujeres durante su etapa de maternidad, parto y puerperio.

La Ley orgánica de salud en concordancia con la Constitución establece que quien es responsable de la Autoridad Sanitaria, a través de los profesionales de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud Pública, garantizar la disminución de violencia, incluida la violencia de género. Como he manifestado, si la norma lo dice, sin embargo, los mismos profesionales de la salud conociendo de los derechos de las mujeres embarazadas actúan en contra de la normativa, dejándola de lado; y por otro lado, las pacientes, por la falta de conocimiento de sus derechos, dejan que se ejecuten dichos actos.

¿Qué derechos han sido vulnerados a causa de la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica y la ausencia como tipo penal en el COIP.

El desarrollo de la investigación ha permitido demostrar que la violencia obstétrica evidentemente, está presente en el sistema de salud pública y privada, sin embargo, como he manifestado, en el campo específico de la salud no existe una norma específica dirigida a las mujeres embarazadas, a sus derechos y la protección y garantía de los mismos, pero si es importante aclarar y resaltar que el Ecuador en febrero del 2018 publica la “Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres”, dando de cierta manera una pauta más para prevenir y precautelar los derechos de las mujeres, pues en efecto esta Ley que si bien es cierto se encuentra dentro de inmiscuida en el ámbito del derecho penal, pero surge con la finalidad de prevenir, y erradicar la violencia de género como tal haciendo relación específica entre –hombre-mujer-, pero previo a realizar este análisis que en el tema violencia obstétrica no va direccionado específicamente a aquello. Esta Ley en su artículo 10.g ya estipula, ya define y ya considera a la violencia obstétrica como un tipo de violencia, lo cual en el campo jurídico resulta trascendental, al menos como un tipo de prevención a través del reconocimiento legal que se le da a la misma, por otro lado, algo muy importante dentro del tema de investigación y que se encuentra reconocido en la presente Ley, es el llamado principio de empoderamiento, reconocido como:

El conjunto de acciones y herramientas que se otorgan a las mujeres para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos. Se refiere también al proceso mediante el cual las mujeres recuperan el control sobre sus vidas, que implica entre otros aspectos, el aumento de confianza en sí mismas, la ampliación de oportunidades, mayor acceso a los recursos, control de los mismos y toma de decisiones. (Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, 2018)

Por otro lado, la presente Ley también nos habla respecto de los entes que conforman el Sistema Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, siendo los mismos los encargados de respetar y hacer respetar los derechos, pero sobre todo de ser los titulares y garantes de que no se cometa ningún tipo de violencia contra las mujeres, y dentro de los mismos se encuentra

el Ente rector de Salud, y que de manera literal el artículo 26 de la Ley le delega la función de diseñar políticas públicas que permitan “prevenir y erradicar la violencia en contra de las mujeres en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque psicosocial, atención desde los principios bioéticos, prevaleciendo la confidencialidad y al derecho de la paciente” (Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, 2018).

Desde el ámbito de la Salud tanto pública como privada, resulta un avance trascendental que la Violencia Obstétrica ya se encuentre definida en el marco del ordenamiento jurídico ecuatoriano, no obstante dicha ley como lo mencione en líneas anteriores tiene una única finalidad y esta es de prevención, puesto que no se han estipulado aun sanciones específicas a los infractores de las mismas, añadiendo a la misma que dicha ley va enfocada en un tipo de violencia entre hombres y mujeres, pero es necesario considerar que la violencia obstétrica no siempre se comete en ese sentido, pues muchos de los casos son ocasionados por las mismas funcionarias de la salud, pese a ello la publicación de esta Ley ha permitido en cierto modo tener un avance pleno respecto a la violencia obstétrica tipo de violencia a la cual son sujetas muchas mujeres en el Sistema de Salud.

Dentro de la normativa penal ecuatoriana existe una ausencia total de este tipo penal como violencia obstétrica, pese a que en el mismo contamos con la tipificación de los delitos contra la mujer o miembros del núcleo familiar, dentro de los cuales se encuentra la violencia física, violencia psicológica y la violencia sexual, sin embargo sobre violencia obstétrica no existe una tipificación, pese a que las prácticas realizadas constituyen una vulneración evidente de derechos fundamentales que afectan bienes jurídicos protegidos, puesto que no solo se trata de la salud o la vida, sino también de su integridad personal, física y psicológica, su libertad personal, la intimidad a las cuales han estado expuestas, por lo cual considero que en primera instancia es importante contar con una normativa legal, no solo que ampare o consagre los derechos y que valga decirlo los derechos humanos no necesitan de reconocimiento alguno, sino una ley que sancione o condene a aquellos que no cumplen la normativa y van en contra de

los derechos universales de las mujeres, por lo tanto la figura del tipo penal “violencia obstétrica” debería ser discutida a fin de que sea incorporada en el Código Orgánico Integral Penal (COIP), nuestro ordenamiento jurídico carece incluso de una ley orgánica particular en el campo de la salud que ampare y tutele los derechos de las mujeres, como lo tienen Argentina, Chile, Venezuela, que si bien es cierto no son normas en las cuales actúa el poder punitivo del estado, pero la figura de la violencia obstétrica ya es considerada, por ejemplo, en Argentina existe la Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929), así como también la Ley Nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Ley 26.485), las dos están dirigidas a precautelar los derechos de las mujeres durante la etapa de embarazo, parto y post parto.

Por un lado la Ley de Parto Humanizado establece que la mujer tiene derecho a ser tratada con respeto, de una manera individual y personalizada, a ser debidamente informada sea respecto a intervenciones médicas de las cuales será objeto o a los derechos que mantiene dentro del periodo de lactancia, pero sobre todo a tener un parto natural respetuoso evitando practicas invasivas (Ley 25.929, 2004), mientras que por otro lado la Ley Nacional para erradicar la violencia contra las mujeres, no solo promovía la no discriminación a las mujeres, o el derecho a vivir una vida sin violencia, sino que además de ellos ya establecía la Violencia Obstétrica como un tipo de modalidad a través de la cual se manifiesta la violencia, siendo así que el artículo 6 literal establece que:

Violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (Ley 26.485, 2009).

En tal virtud, con el análisis legal que se ha realizado, es imprescindible tomar consciencia plena de lo que está sucediendo en las Entidades del Sistema de Salud, considerar de que las leyes son creadas en virtud de las necesidades, y al momento contamos con una ley de prevención, pero puede ser que en un futuro el poder punitivo del estado actúe. Cuando se habla del poder punitivo del estado, hablo de normas penales sancionatorias que al ser aplicadas afectarían la integridad y la carrera profesional del funcionario, y no solo desde un punto de

vista económico, sino que va más allá, pone en peligro su libertad y el bienestar de su familia. Por otro lado, la existencia de una norma penal podría llegar a generar en los médicos un sentido de protección individual en el cual, única y exclusivamente, busquen proteger sus intereses respecto a su carrera profesional y dejen de lado el verdadero sentido de la atención médica a una mujer embarazada: prevenir la violencia Gineco-Obstétrica mediante una práctica médica humanizada, comunicativa y preventiva basada en el empoderamiento con la paciente donde siempre estará primero el generar una relación médico paciente de confianza y respetuosa frente a la autonomía de la madre.

CAPÍTULO 3. PROPUESTA FINAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA

La finalidad de haber hecho los análisis previos sobre la violencia en el sistema de salud, los orígenes, definiciones, actos constituyentes sobre la Violencia Gineco-Obstétrica como la forma más grave de violencia institucional, protocolos y guías sobre la gineco-obstetricia en nuestro país y el marco legal preventivo de la violencia contra la mujer en el Ecuador, fue formular una propuesta para la prevención de estas situaciones de violencia. En el conjunto entre la experiencia como estudiante e interno rotativo de medicina en el sector público de salud y la participación en la formación de estudiantes de primer semestre de la facultad de medicina de la Universidad de las Américas sobre Violencia Gineco-Obstétrica, llegamos a la conclusión de que se puede lograr prevenir la Violencia Gineco-Obstétrica, mediante la educación de los estudiantes de medicina de pregrado en todos los temas previamente revisados en el marco teórico, la misma que cubra la falta de formación en medicina comunitaria, en promoción y prevención de la salud, que evite la priorización de una orientación patogénica e introduzca una formación salutogénica, una educación que logre cumplir con el objetivo final de este estudio: instruir sobre una práctica médica que se fundamenta en el empoderamiento en salud, donde el profesional tiene un papel de acompañamiento de los procesos (embarazo, parto y puerperio) y sólo actúa en el caso de una complicación, por lo demás, poco frecuentes por los datos recogidos (2017, MSP), un acompañamiento que logra el empoderamiento en salud de las mujeres y asegura el respeto de su autonomía en relación a su salud gineco-obstétrica.

Siguiendo con la idea de promover el empoderamiento en salud como prevención de violencia gineco-obstétrica, Mar Rodríguez Beltrán, Antropóloga experta en educación de personas adultas y desarrollo comunitario, en su estudio “Empoderamiento y promoción de la salud” (2009) ,comenta sobre empoderamiento afirmando que:

“Es un concepto multidimensional y complejo, difícil de definir y con muchas matizaciones según los autores, las tradiciones de las distintas disciplinas que lo utilizan y los diferentes escenarios de intervención. Aquí

nos vamos a centrar en el que creemos su verdadero sentido, el que hace referencia a un concepto comunitario, relacionado con la dimensión política del poder y su distribución” (pág. 21)

Juntando varias definiciones podemos llegar a un concepto teórico, general y definitivo sobre empoderamiento: es el poder que tienen las personas sobre sus propias vidas lo que les permite utilizar los recursos que posee para poder tomar decisiones y desarrollar habilidades interpersonales, sociales, económicas y políticas que puedan llegar a afectar de diferente manera su calidad de vida. (Beltrán, 2009). A lo largo de la historia, el término empoderamiento ha adquirido varias definiciones, ya que depende de a qué tipo de situación o disciplina se lo quiera aplicar, en palabras más simples y conocidas empoderamiento o empoderar comparten el mismo significado con términos como potenciar, dar poder o dotar de poder, adquirir poder por parte de otro individuo, etc. Al entender que significa en realidad empoderamiento, se abre la posibilidad de transformarlo, de un término netamente teórico a una cualidad práctica, usado en beneficio tanto individual como a nivel social. Al lograr combinar un entendimiento teórico y una efectiva aplicación práctica del empoderamiento llegamos a crear una herramienta que se puede utilizar para beneficio de la práctica médica y atención en salud, es decir, tener como objetivo final desarrollar enfoques cognitivo-conductuales que permitan modificar el estilo de vida de una persona creando conductas que, en este caso, fomenten su salud. (M. Blanco & I. Sánchez Díaz, 2015)

El empoderamiento, en el ámbito de la salud, tiene como base el planteamiento de que toda relación social implica relaciones de poder. Por ejemplo, la Relación Médico Paciente, en este tipo de relación el poder que tiene el Médico sobre el paciente es capaz de influir en su forma de vida y toma de decisiones, incluso en contra de su voluntad (Beltrán, 2009). Actualmente esta relación está muy deteriorada, ya no existe una verdadera relación entre el médico y el paciente, más existe una intervención mecanizada, basada en la medicalización del proceso de salud-enfermedad justificada en un poder jerárquico, mas no en una combinación de diálogo que conlleve a generar una confianza donde el médico empodere al paciente buscando una relación de comunicación con el servidor sanitario.

Mar Rodríguez Beltrán (2009) en su estudio asegura que:

“Desde una concepción diferente, la del poder como relación social, se propone que el empoderamiento supone una nueva noción de poder, basado en el establecimiento de relaciones sociales más democráticas y el impulso del poder compartido.” (pág. 22)

El empoderamiento debe ser la herramienta que permita a los profesionales de la salud crear una relación con el paciente donde este primero la comunicación generadora de confianza, donde el poder sea compartido, donde el paciente tenga la certeza de que el médico esta como apoyo y como fuente de información, no como el jerarca que puede decidir a libre albedrío sobre su vida, al contrario, como el instructor que le proporcione los recurso y conocimientos necesarios para así poder tomar las decisiones correctas sobre su salud.

El "sector salud" parece haber estado siempre en crisis, y como solución han sido propuestos diversos conceptos, tales como: "medicina preventiva", "medicina comprensiva", "medicina de la comunidad" y "medicina social", resultando en adjetivaciones de la medicina que por carecer de un cuerpo teórico que explique adecuadamente la realidad, dispersas, que no logran viabilizar soluciones, ni convertirse en verdaderas alternativa transformadoras, reproduciéndose una permanente necesidad de generar nuevas propuestas, que carecen de un orden coherente de problematización, en el horizonte de una teoría que articulada con la praxis ayude a dar cuenta de la crisis. Un proceso similar ha sucedido por décadas en la búsqueda de una "nueva salud pública"; hoy emerge la propuesta de Salud Colectiva como un necesario relanzamiento. (Lugo, 2015)

El principal objetivo de un médico que basa su práctica Gineco-Obstétrica en el empoderamiento en salud, es ser un educador en salud para la madre, dándole a conocer que posee la capacidad de decidir sobre su proceso de embarazo y parto, enseñarle sobre sus derechos sexuales y reproductivos los mismos que le dan la capacidad de exigir una atención eficaz y de calidad. Enseñarles a las madres sobre lo que es la Violencia Gineco-obstétrica, los tipos que existen y que actos constituyen sobre la misma precisamente para que de este modo prevengamos su aparición. Como afirma Danilo Núñez Pérez, en su tesis sobre

la “Violencia Obstétrica y el Derecho a la Salud Reproductiva”, donde hace referencia a tres formas de violencia obstétrica; la primera es la violencia física, que es aquella en la cual se ejecutan practicas invasivas en la mujer, a través del suministro de medicamentos que no corresponden al estado de salud de la mujer embarazada o de la persona que está por nacer, así como también cuando no se han respetado los tiempos del parto biológico; y un segundo tipo de violencia es la psíquica, en la cual es evidente un trato irrespetuoso, ofensivo, deshumanizado, grosero, las mujeres son víctimas de discriminación o humillación al momento de pedir asesoría en la consulta o como tal en la práctica obstétrica (Nuñez, 2016).

También se deberá enseñar a la madre sobre las infracciones que pueden llegar a cometer los profesionales de la salud y serían motivo de reclamo, como son:

1. La no utilización de anestesia en los legrados o episotomías.
2. La omisión de información a su paciente.
3. Maltrato físico y verbal.
4. Procedimientos médicos sin su consentimiento (incluida la esterilización).
5. Incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo.
6. Negativa a administrar analgésicos.
7. Violación a la privacidad.
8. Rechazo de la admisión en centros de salud.
9. Negligencia durante el parto.
10. Retención de las mujeres y recién nacidos, debido a la incapacidad de pago (OMS, 2014).

También es importante enseñar a la paciente que las prácticas previamente dictadas constituyen una violación de derechos fundamentales como, derecho a la información, derecho a no ser víctima de tratos crueles e inhumanos, el derecho a la intimidad, derecho a la no discriminación, derecho a la integridad, además debemos recordar, que existe también una vulneración del derecho a la salud reproductiva, y cuando éste se ve afectado implica que también se vulnera el derecho a la vida, a la salud, y a la libertad de expresión respecto a la toma de decisiones. Esto con el objetivo de explicar a la madre que de esta manera se ha atentado contra las mujeres quienes al no conocer sus derechos han

permitido una subordinación total frente a los profesionales de salud, creyendo incluso que por el poder o por el hecho de ser médicos, tienen la verdad absoluta en sus manos, y en muchos caso incluso por no tener los recursos económicos suficientes para poder exigir sus derechos, pese a que los organismo e instituciones de la salud a través de su personal están en la obligación moral y legal de cumplir y brindar un servicio correcto y garantizado a sus pacientes, puesto que el el ejercicio de la medicina, en sus normativas generales, posee un clara guía de cómo el profesional debe ejercer sus profesión y como las actividades de complemento deben actuar en su actividad cotidiana. Siendo necesario comprender que estas actividades, deben, además circunscribirse a las nuevas normativas las cuales plantean de forma clara su rol y su responsabilidad con la mujer en situación de parto, pese a ello no lo han hecho puesto que en nuestro país no ha existido esa coerción necesaria, y que es lamentable decirlo, pero se ejerce única y exclusivamente mediante la ley y a través del poder punitivo del estado.

Para llegar a un entendimiento de lo que ocurre en Ecuador con las madres y su conocimiento sobre Violencia Gineco Obstétrica, la organización El Parto es Nuestro en conjunto con profesionales de la Universidad de las Américas realizan la investigación “Experiencias de mujeres atendidas en los servicios de Salud Pública del MSP, del Distrito Metropolitano de Quito, durante su embarazo, parto y postparto” (2017), que mediante entrevistas a usuarias en puerperio inmediato y mediato de partos de bajo riesgo, se recaudó información con el fin de realizar un tríptico informativo (ver anexo), para las madres con contenido educativo sobre los procedimientos médicos rutinarios generadores de violencia Obstétrica, además de dar a conocer sus derechos durante el parto y postparto. A continuación, se nombran los datos de mayor relevancia recogidos por el estudio:

- Acompañamiento: ¿El personal de salud le permitió estar acompañada por una o más personas de su elección durante el parto/cesárea? El 62% de las usuarias respondió que no.
- Episiotomía: ¿Le realizaron el procedimiento de corte en la zona vaginal? El 54% de las usuarias respondió que sí, el 1% respondió que no sabe. (Dato en mujeres primíparas)

- Posición a dar a luz: ¿Fue posible escoger la posición que usted deseaba? El 46% de las usuarias respondió que sí, el 40% respondió que no, y un 14% no sabía que podía elegir.
- Violencia Obstétrica: ¿Había usted oído hablar de violencia obstétrica? El 83% de las usuarias respondieron que no.
- Al 73% de las mujeres entrevistadas se le realizaron más tactos vaginales que los recomendados.
- A más de la mitad (57%) con cesárea previa realizada con un mínimo de 2 años) no le dieron la opción de un parto vaginal.
- Casi la mitad asegura que no tuvieron la opción de tener a su bebé piel con piel ni si quiera 5 minutos después de nacer.
- Al 22% de las madres que fueron separadas de su bebé en el postparto, no se les informó la razón de la separación.
- El 35% asegura que no se le ofreció ayuda para iniciar la lactancia materna después de haber dado a luz. (UDLA/EPEN, 2017)

Los datos recogidos en esta investigación, dejan en evidencia que existe un gran desconocimiento por parte de las usuarias sobre sus derechos durante el proceso del parto, lo cual permite que la violencia gineco-obstétrica esté de alguna manera normalizada por las madres, es por esto que los médicos tenemos la obligación de informar y educar a las pacientes , ya que si se logra ese empoderamiento por parte de las mujeres embarazadas en conjunto con un profesional de salud de igual manera empoderado con la salud materno infantil, llegamos a una prevención y eliminación de la violencia Gineco-Obstétrica.

3.1 EDUCACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD BASADA EN UNA PEDAGOGÍA CRÍTICA-COMUNICATIVA:

La violencia gineco obstétrica es un tema muy amplio y complejo ya que intervienen conceptos de la ciencia médica teóricos y prácticos, económicos y sociales, en síntesis, es un tema intercultural nuevo poco investigado lo que llega a contradecir muchos de los criterios médicos tradicionales y he aquí el problema. Como se establece a lo largo de la investigación, para lograr una prevención efectiva de violencia gineco obstétrica, la apuesta está en lograr un empoderamiento de la paciente por parte del médico, un empoderamiento que

se base en buscar las mejores opciones para la madre construyendo una relación comunicativa donde el profesional logre entender e identifique todos los factores tanto médicos, sociales y económicos que pueden llegar a afectar el proceso de embarazo, parto y puerperio.

La formación médica es la base para poder llegar a un empoderamiento médico efectivo. En la actualidad la educación médica se basa en tutoría teórica y enseñanza práctica cuando la escuela médica lo considere apropiado, el problema está en que se sigue utilizando el mismo método de tutoría que se utiliza ya hace varias décadas por lo que lo aprendido por parte de los médicos en su formación, tanto en pregrado como posgrado, sólo llega a cumplir los requisitos sobre conocimiento científico pero no llega a cumplir los requisitos de una práctica médica que se adapte a un trabajo práctico que conlleve enfocarse en la comunicación con el paciente adaptándose a todos los aspectos socioculturales y económicos que ésta conlleve. Como afirman Cornejo y Díaz en su estudio “Empoderamiento: aproximación e implicaciones en la práctica clínica, la educación médica y los sistemas de salud y seguridad social” (2015):

“...los programas de educación destinados a profesiones sanitarias no contemplan la actual realidad económica, social y de innovación tecnológica para incorporar nuevos modelos de capacitación educativa, en sus programas académicos, basados en empoderamiento y el derecho a la salud preventiva, para formar individuos bajo el concepto de la colaboración efectiva y generar un cambio de estructura mental en los profesionales de la salud, pasando de un prescriptor de indicaciones a un facilitador de herramientas para promover la participación activa del paciente y situarlo como el eje central de la atención médica y, en consecuencia. Del empoderamiento; esto favorecería una relación sujeto-sujeto entre el personal de salud y el paciente, en colaboración con su entorno y núcleo familiar, social en institucional, asegurando la utilización adecuada de los recursos encaminados a restablecer la salud, limitar el daño o prevenir discapacidad, controlar riesgos y favorecer la adherencia permanente al tratamiento, lo cual redundaría en una mayor calidad de vida, una menor predisposición a desarrollar complicaciones...” (pág. 1)

La educación médica no debe sólo enfocarse en el conocimiento científico, no debe fomentar únicamente la capacidad mecanizada de medicar y curar de una manera monótona, la educación médica debe buscar un equilibrio objetivo donde el profesional de la salud se empodere con el paciente, sea capaz de captar todas las problemáticas de su paciente y así poder realizar una promoción de salud donde la meta sea empoderar al paciente. La base de un profesional de la salud empoderado es su formación, hablamos de una educación continua donde su importancia radique más en la educación en pregrado, donde un estudiante está preparándose para ser médico y así en la práctica médica general o de posgrado el empoderamiento con y para el paciente sea la manera de practicar la medicina.

Y en este sentido, la pregunta final de este estudio: ¿Cómo debería ser la educación de un estudiante de medicina para poder formar un médico que base su práctica profesional en el empoderamiento? Esta pregunta nos la realizamos con un enfoque hacia la prevención de la Violencia Gineco-Obstétrica. Durante el desarrollo de este estudio participé en el taller “Violencia como un problema de salud” desarrollado en la Universidad De las Américas por la Facultad de Medicina el día 24 de noviembre del 2017 por el día internacional de la Violencia contra la mujer que se celebra el 28 de noviembre. Durante este día trabajamos sobre la definición de Violencia Gineco-obstétrica con estudiantes de diferentes semestres de la carrera de Medicina. Durante el taller se evidenció la falta de conocimientos por parte de los estudiantes sobre este tema, pero lo más importante, se pudo reconocer una preocupación y un deseo por aprender y poder cambiar este tipo de situación, ya que la pregunta que sobresalió al finalizar el taller fue “¿Qué conocimientos debemos tener para poder prevenir este tipo de violencia?”

La pedagogía que más se acerca a este objetivo es la explicada por Paulo Freire, como afirma Mar Rodríguez Beltrán en su estudio “Empoderamiento y promoción de salud” (2009):

“Para Freire, el fin de la educación es permitir al individuo llegar a ser sujeto, construirse como persona, transformar el mundo, estrechar con las otras relaciones de reciprocidad, hacer su cultura, hacer historia. Y las

personas se hacen sujeto por medio de la reflexión sobre su situación, cuanto más reflexionen sobre su situación serán más conscientes y estarán más dispuestos a intervenir en la realidad para cambiarla. Es decir, se integran en un contexto, son conscientemente parte de él, realizan un análisis crítico y se comprometen con el cambio.” (pág. 14)

Estamos hablando de una pedagogía crítica, en la que se le enseñe al estudiante de medicina a reflexionar sobre lo que está aprendiendo y así darle la capacidad de identificar si lo aprendido fue lo suficiente o no, de autocriticarse y así fomentar la autoeducación. De esta manera se forma una concientización y un compromiso por parte del estudiante, que a largo plazo se transformara en la base para poder practicar la medicina de una manera donde el empoderamiento con el paciente siempre esté primero.

Este tipo de pedagogía fue la que se aplicó, cuando tuve la oportunidad de participar en la formación de estudiantes de medicina de pregrado de primer semestre en la Universidad de las Américas sobre el tema Violencia Gineco-Obstétrica en la materia de Antropología y Sociología médica en el primer periodo semestral del año 2018, esto con el objetivo de obtener información de los componentes clave que deberían ser instruidos sobre este tipo de violencia para poder generar una autoeducación crítica y a la vez un empoderamiento estudiantil con el tema de estudio. El plan con los estudiantes se basó en charlas informativas sobre el tema en estudio que fomenten el debate y la autocrítica, la identificación de Violencia Gineco Obstétrica mediante la realización de entrevistas por parte de los estudiantes a sus madres y comparándolas con testimonios de pacientes que han sufrido este tipo de violencia y al final llegar a inculcar el empoderamiento en salud como una práctica médica que previene la Violencia Gineco-Obstétrica.

Para preparar las charlas con los estudiantes se realizó una revisión del taller “Violencia Obstétrica” del Centro Nacional de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva, elaborado por los profesionales: Recalde Arroyo, Stefania Alexandra; Reyes Bravo, Boris Antonio; Ruiz Sosa, Carlos Alexander; Sánchez Salazar, Leonardo Said; Oliveira Brandao, Thais; Cañadas Herrera, Sofía y

Falcon, Kirsten (2018). El mismo que proporcionó los contenidos teóricos en los que se debería basar la charla educativa como son:

- Descripción del problema: definiciones, componentes y actos constituyentes de la Violencia Gineco-Obstétrica durante el embarazo, parto y postparto.
- Los derechos humanos violentados por la violencia Gineco-Obstétrica
- La identificación de situaciones y prácticas vinculadas a la violencia gineco-obstétrica
- Prevención y erradicación de la violencia Gineco-Obstétrica
- Consejería sobre cómo lograr un proceso de embarazo, parto y postparto respetado dirigido hacia profesionales de la salud y madres. (Centro Nacional de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva, 2018)

Además, en el taller se propone la utilización de herramientas interactivas, como lo es el Documental “Experiencias de parto contado por mujeres en Quito, Ecuador. EPN-UDLA” (UDLA & EPN, 2017), con el objetivo de que los participantes identifiquen los derechos de las mujeres en el embarazo, parto y postparto enfocados en la prevención de violencia obstétrica.

También se pudo realizar un análisis sobre el estudio “El papel de la formación universitaria en la erradicación de la violencia de género: prevención de prácticas de violencia obstétrica en la Universidad de las Américas” realizado por Falcón, Kirsten, Cañadas, Sofía, Brandao, Thais, Meijer, Magriet y Moreno de los Ríos, María (2016), presentado en el Segundo Seminario Internacional sobre Educación Superior y Género: Experiencias y desafíos, en el estudio se realiza un análisis sobre el taller impartido a estudiantes de medicina de noveno de semestre y a estudiantes de enfermería de cuarto semestre de la Universidad de las Américas mientras recibían la asignatura de Gineco-Obstetricia, en el cual se pudo participar, el objetivo del taller fue:

“...brindar la mejor información sobre las mejores opciones de atención en el parto, recalando, en todos los casos, que esto pasa por la toma de decisión oportuna e informada de la madre, quien debe tener un papel central en todos los aspectos de la atención.” (pág. 369)

El taller se evaluó mediante la realización de un cuestionario de 10 preguntas por los estudiantes, antes del taller y después de finalizar el mismo, sobre los conceptos trabajados, encontrando mayor entendimiento y mayor interés en ciertos aspectos como son:

- Autonomía: esto en relación con la toma de decisiones por parte de la madre y la conexión directa con los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Intervenciones necesarias y/o contraproducentes: los estudiantes al final del taller mostraron mayor interés en identificar qué procedimientos son generadores de violencia gineco-obstétrica.
- El concepto de violencia gineco-obstétrica fue totalmente entendido e identificado a pesar de que la mayoría estudiantes no habían escuchado sobre el tema nunca en su vida como estudiantes de pregrado de medicina.
- La doula, esto en relación al derecho que tienen todas las madres a la privacidad y la intimidad, el mismo que se respeta cuando se les permite estar acompañadas de quien ellas deseen durante los controles del embarazo y durante el parto para protección de su integridad psicológica y emocional.
- La responsabilidad del médico: este aspecto fue el más analizado, ya que al final del taller se identificaron muchos comentarios de rechazo a un proceso más humanizado y respetado a razón de que, según los estudiantes, en la práctica no se puede realizar porque no pueden cambiar la realidad. (K. Falcon, Meijer, & Ríos, 2016)

Y así es como llegamos a aspecto más conflictivo, intentar cambiar lo que para estudiantes de medicina en pregrado, médicos generales y especialistas es considerado normal o una realidad. Y así es como la propuesta que se formula a continuación, no tiene como objetivo eliminar el protocolo de práctica en la medicina gineco-obstétrica actual, sino tiene como objetivo criticar este protocolo y enseñar a los profesionales que hay otras maneras de practicar esta rama de la medicina de una manera donde en verdad se abarque todo aspecto referente a la salud tanto de la madre como del niño.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

El objetivo final de esta investigación fue crear una propuesta de empoderamiento en salud con base en la educación médica para la prevención de la violencia gineco-obstétrica. Esta propuesta se basó en todos los datos recogidos en las diferentes etapas del trabajo de campo etnográfico descritos en el método de investigación

A continuación, se encuentra redactado el plan de trabajo, como propuesta, para poder llegar a los objetivos nombrados y el análisis concluyente, este plan se basa en charlas o conversatorios donde se fomente la pedagogía crítica y una comunicación en forma de debate entre el tutor y los participantes:

Primera Charla: Revisión teórica sobre las definiciones y componentes de Violencia Gineco-Obstétrica como una de las expresiones más graves de violencia institucional, estimulando la participación general y debate entre el tutor y los estudiantes, utilizando una herramienta pedagógica en especial: presentación de información de interés con imágenes que causen impresión y documentales audiovisuales sobre el tema. Al final de la charla como tarea se les pedirá a los participantes que utilicen los conocimientos adquiridos y entrevisten a sus madres sobre sus procesos de embarazo, parto y postparto, las mismas que serán analizadas en la siguiente charla.

- Segunda Charla: Se pidió a los participantes que entreguen sus entrevistas de manera anónima para realizar el análisis de las mismas. En conjunto con los estudiantes la estrategia fue realizar un conversatorio en el que el objetivo fue desarrollar la capacidad para identificar cualquier tipo de violencia durante el proceso de embarazo, parto y postparto, esto analizando de manera comparativa las entrevistas realizadas y relatos verdaderos de madres que han sido víctimas de Violencia Gineco-Obstétrica.
- Tercera Charla: Definir y analizar la violencia identificada en las entrevistas realizadas en combinación con la enseñanza de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y de esta manera, entrar en debate con los estudiantes concluyendo con la siguiente pregunta: ¿Qué derechos sexuales y reproductivos de la mujer han sido vulnerados o

incumplidos cuando existe Violencia Gineco-Obstétrica en el proceso de embarazo, parto y postparto? Y así llegar a concluir que este tipo de violencia vulnera directamente los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la madre.

- Cuarta Charla: Utilizar como justificativo la violación de los derechos humanos sexuales y reproductivos de las madres, para iniciar el debate sobre la necesidad de prevenir la Violencia Gineco-Obstétrica en la práctica médica. Para esto usar los siguientes recursos: la “Ley de parto humanizado” redactada en Argentina, y documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador como el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021”, la Guía de Práctica Clínica “Atención del Trabajo de Parto, Parto y Postparto inmediato” recomendada en el 2015 y la Guía de Práctica Clínica “Control Prenatal” propuesta en el 2016, todo esto enfocado hacia la enseñanza de lo conlleva un proceso de embarazo, parto y puerperio respetado y humanizado
- Quinta Charla: se realizó una breve revisión, enfocada en los derechos humanos, sobre el marco legal ecuatoriano como defensor en contra de la violencia hacia las mujeres y debatir sobre la necesidad de penalizar la Violencia Gineco-Obstétrica como herramienta para prevenirla.
- Sexta Charla: se inició el debate sobre el enfoque patogénico actual del proceso de embarazo, parto y postparto basado en la institucionalización del mismo y cómo este genera Violencia Gineco-Obstétrica vs el enfoque salutogénico del proceso de embarazo, parto y postparto, basado en un empoderamiento en salud que busca un proceso respetado y humanizado, empoderar a la madre con su salud y la de su embarazo y así permitir que esta recupere su autonomía, previniendo la Violencia Gineco-Obstétrica en su totalidad.
- Séptima charla: se definió la relación directa que existe entre un médico empoderado con la salud de la madre, convirtiéndose en un educador y de esta manera construir el camino correcto para lograr que la paciente recupere su confianza sobre sus capacidades para decidir sobre su proceso, mientras se discutió con los estudiantes sobre si este tipo de práctica médica es la necesaria para cumplir con el objetivo.

Esta propuesta pedagógica fue pensada y redactada utilizando en conjunto todos los conocimientos adquiridos durante la revisión teórica de la literatura, las experiencias como estudiante de medicina de pregrado en la materia de Ginecología y Obstetricia, el diario de campo realizado durante la rotación de Gineco-Obstetricia durante el año de Internado Rotativo de medicina, la participación en los talleres previamente nombrados, la participación en la formación de estudiantes de medicina de primer semestre sobre el tema Violencia Gineco-Obstétrica, pero más importante, la propuesta se realizó pensada desde el deseo, como estudiante de medicina, sobre cómo debería enseñarse un tema tan importante para la práctica médica futura, el cual permitirá trabajar para convertirse en un Médico que asegura el bienestar físico y psicológico materno fetal, logrando proteger el derecho fundamental de la usuaria: alcanzar el nivel máximo de salud.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES

El resultado esperado fue que esta propuesta pedagógica genere un empoderamiento por parte de los participantes con la salud de una mujer embarazada para que en su práctica futura, como médicos del primer nivel de atención en Salud o como médicos especialistas, desde el primer control del embarazo, puedan llegar a una prevención efectiva de Violencia Gineco-obstétrica, que lleguen a cumplir todos los requisitos que se necesitarían para crear esa relación de comunicación asertiva y de confianza donde en verdad exista una verdadera participación y se asegure el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la paciente. Estos requisitos serían:

- Un mejor manejo de la información que debe pasar del médico a la madre. Hablamos de toda la información que tenga que ver sobre su proceso de embarazo, parto y puerperio.
- La distribución equitativa de la autoridad, esto refiere a una relación de poder equitativa donde se logren tomar decisiones en conjunto, siempre tomando en cuenta el conocimiento del médico que sirve como consejería, dando las mejores opciones para la paciente y haciéndole conocer sus derechos reproductivos y como de esta manera se están respetando, generando un empoderamiento en la paciente y así la misma pueda decidir correctamente sobre su embarazo.
- Un apoyo concreto y eficaz por parte del médico para controlar o evitar que la paciente tome decisiones erróneas que puedan poner en peligro su vida o la vida del feto.
- La capacidad del médico para crear un ambiente que promueva la iniciativa de la madre para tomar sus propias decisiones y así formar un criterio propio que se base en la confianza por parte de la paciente hacia el médico, esto quiere decir que al final la madre solo tomará en cuenta las recomendaciones del médico para el proceso de su embarazo.

Al lograr que los profesionales de la salud cumplan con estos requisitos no solo aseguramos una prevención de Violencia Gineco-Obstétrica, sino que también abrimos la posibilidad de que dichos profesionales tenga la iniciativa de transmitir y enseñar a otros médicos y trabajadores de la salud en la medicina gineco-

obstétrica sobre este tipo de violencia y porque prevenirlo. Este sería el resultado máximo a esperar, el mismo que debería ser analizado en futuras investigaciones para poder generar opciones pedagógicas y continuar con la enseñanza sobre la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica tanto en estudiantes de medicina de pregrado y la educación continua en médicos generales o especialistas.

La violencia gineco-Obstétrica como la expresión más severa de la Violencia Institucional tiene su base preventiva en la educación y formación médica. Los profesionales de la salud somos los únicos con los recursos cognitivos y capacidades prácticas para eliminar este tipo de violencia, siempre y cuando se nos imparta la educación y formación adecuada, y así podamos construir una práctica médica que convine el conocimiento patológico gineco-obstétrico con la naturaleza humana para relacionarse con otro individuo de una manera respetuosa, considerada, no discriminativa y empática, lo que lleva a convertirnos no solo en repartidores de medicamentos y especialistas en intervencionismos, sino en un educador y acompañante, cuyo objetivo final será proteger la salud tanto física y psicológica de la madre, mediante una práctica humanizada, preventiva e intercultural con énfasis en la protección de todos los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la paciente.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. M., & d'Oliveira, A. F. (2010). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias [Violencia Institucional en maternidades públicas, bajo la óptica de las usuarias]. *Interface*. Recuperado el 26 de Abril de 2018
- Beltrán, M. R. (2009). *Empoderamiento y promoción de la salud*. Red de Salud.
- Centro Nacional de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva. (2018). "Violencia Obstétrica". Quito: CSSR. Recuperado el 22 de Mayo de 2018
- Constitución de la República. (2008). Art. 360. Montecristi: REgistro Oficial 449.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Monstecristi : Registro Oficial 449.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Art. 363. Montecristi: Registro Oficial 449.
- CONVENCIÓN BELEM DO PARA. (1995). *Convención Interamericana para pevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer*. Brasil.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Paris, Francia. Recuperado el 20 de mayo de 2018, de http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=INTERNAC-DECLARACION_UNIVERSAL_DE_LOS_DERECHOS_HUMANOS#_DXDataRow26
- F.Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Red bioética/UNESCO*, 26-34. Recuperado el 12 de abril de 2017
- Gutiérrez, C. C. (2016). *La violencia obstétrica*. Cantabria: Universidad de Cantabria. Recuperado el 20 de diciembre de 2017
- Jesús Martín Galaviz de Anda, O. M. (2015). La oculta violencia de la clínica ginecológica. *Medicina Social*, 10(2), 56-66. Recuperado el 23 de Enero de 2018, de www.medicinasocial.info
- K. Falcon, S. C., Meijer, M., & Ríos, M. M. (2016). El papel de la formación universitaria en la erradicación de la violencia de género: prevención de prácticas de violencia obstétrica en la Universidad de las Américas. En A. e. al., *Memorias del II Seminario Internacional de Educación Superior y Género: Experiencias y Desafíos* (págs. 363-377). Ambato: Consejo editorial universitario UTA.

- Ley 25.929. (2004). *Ley de Parto Humanizado*. Buenos Aires. Recuperado el 2018 de 05 de 29
- Ley 26.485. (2009). *Ley Nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres* (. Argentina. Recuperado el 2018 de 05 de 29
- Ley Orgánica de Salud. (2006). Quito, Ecuador: Registro Oficial Suplemento 423.
- Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. (2018). Quito: Registro Oficial Suplemento 175.
- Lugo, G. S. (2015). Violencia y salud Colectiva: Un Desafío Antropológico Sociocultural. *Comunidad y Salud*, 64-77. Recuperado el 12 de Marzo de 2018
- M. Blanco, I. R., & I. Sánchez Díaz, A. C.-M. (2015). Empoderamiento: aproximación e implicaciones en la práctica clínica, la educación médica y los sistemas de salud y seguridad social. *Educación Médica*, 203-203. Recuperado el 15 de Febrero de 2018, de <http://www.elsevier.es>, day 19/07/2018
- Marbella, C., Ramírez Mariangel, L. L., & Mercedes, H. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. Recuperado el Junio de 2017
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP. Recuperado el 22 de Mayo de 2018, de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal: Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP. Recuperado el 15 de enero de 2018, de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública*. Quito: MSP. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de www.msp.gob.ec
- Naciones Unidas. (2003). *Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer*. 85. Recuperado el 25 de Marzo de 2018, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Núñez, P. D. (2016). *La Violencia Obstétrica y el Derecho a la Salud Reproductiva*. Universidad Técnica de Ambato. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 23 de 05 de 2018, de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23152/1/FJCS-DE-941.pdf>

- Oganización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12 de Enero de 2018
- Oganizacion Mundial de la Salud. (2017). *Salud y derechos humanos*. OMS. Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de [://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health)
- OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del aprto en centros de Salud*. Recuperado el 05 de 23 de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=425BCD65AEDC9F23DDD66378A7E3DA8E?sequence=1
- Pereira, F. (2017). *Violencia obstétrica, desde una perspectiva de género*. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay. Recuperado el 21 de Enero de 2018
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Estudios feministas*, 101-117. Recuperado el 10 de Julio de 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Salgado de Snyder, D.-P. G.-V. (2003). *Modelo de integración de recursos para la atención de la Salud Mental de la población rural de México*. México: Salud Pública de México. Recuperado el 13 de Marzo de 2018
- Sánchez, N. F., & Moscoso-Flores, P. (2016). Poder en la epoca de la población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna. *Athenea Digital*, 207-227. Recuperado el 16 de febrero de 2018 , de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1666>
- Sánchez, S. B. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA*(18), 93-111. Recuperado el 24 de Enero de 2018
- Sosa Sánchez, G., & Sosa Lugo, G. J. (2015). Violencia y salud Colectiva: Un Desafío antropológico Sociocultural. *Comunidad y Salud*, 64-77. Recuperado el 25/06/2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740825010>
- Soto-Toussaint, D. L. (2016). Violencia Obstétrica. *Aspectos Médico-Legales en la Práctica de la Anestesia*, S55-S60. Recuperado el 14 de Mayo de 2017
- Taylor, & Bogdan. (1984). *Intoducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: PAIDÓS.

UDLA, & EPN (Dirección). (2017). *Experiencias de parto contado por mujeres en Quito, Ecuador*. EPN - UDLA [Película].

UDLA/EPEN. (2017). *Experiencias de mujeres atendidas en los servicios de salud pública del MSP, del Distrito metropolitano de Quito, durante su embarazo, parto y postparto*. Quito: UDLA. Recuperado el 22 de junio de 2018, de <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/ecuador-experiencias-de-mujeres-atendidas-en-los-servicios-de-salud-publica-del-distrito-metropolitano-de-quito>

Vázquez, T. P. (2014). La violencia institucional contra las mujeres. *Revista Defensor*, 56-62.

Valls-Llobet, C. (2009) *Mujeres, salud y poder*. Valencia: Cátedra.

ANEXOS

Entrevista a Profesional Antropóloga, docente universitaria en investigación en antropología y sociología médica, especialista en promoción en salud y vinculación con la comunidad:

21 de mayo de 2018

¿Qué considera usted que es violencia gineco- obstétrica?

Es un trato, un maltrato que puede darse por parte de los profesionales de salud cuando una mujer que en principio no tiene una patología, simplemente está embarazada, acude a centro de salud a dar a luz. En principio, yo consideraría que la violencia gineco-obstétrica se da en embarazos y partos de bajo riesgo, de bajo o nulo riesgo, que son la mayoría, en algunos casos podría considerarse ensañamiento terapéutico, pero el ensañamiento terapéutico es mucho más difícil de definir en los casos de parto de riesgo porque siempre está la justificación por parte de los profesionales de que se está tratando así a la madre por peligro o por riesgo de pérdida de la vida de la madre, de la niña o de los dos. Yo entiendo que la violencia debe definirse claramente en el 85% de los casos de embarazos de bajo o nulo riesgo

¿Qué considera embarazo de bajo riesgo o parto de riesgo?

Yo soy antropóloga no soy médica, pero soy madre. Entonces yo entiendo que los profesionales tienen que ser muy claros a la hora de definir donde está el riesgo, porque ahora mismo en el Ecuador se está considerando un parto de riesgo en función del domicilio, con la distancia de este hasta el centro de atención en salud más cercano en kilómetros o de las horas que hay del desplazamiento entre el domicilio de la madre, de la mujer que va a dar la luz, y el centro en donde se le puede hacer una cesárea, a mí me parece que ese no es un criterio objetivo para entender que hay un parto de riesgo, ahí no hay ningún riesgo, es verdad que muchas mujeres están muriendo en Ecuador por las hemorragias postnatales, por las hemorragias después del parto, pero de ahí a pensar que una mujer porque viva en un lugar de la selva tenga un embarazo de riesgo, tendría que revisar en concepto sin ser ginecóloga ni tener un criterio científico, viéndolo desde afuera como paciente o como madre

¿Por qué cree que, en la sociedad, hablando de nuestro país, es tan difícil hablar de violencia GINECO-OBSTETRICA con los profesionales actuales?

Primero siento que hay una inseguridad profesional. Si los profesionales se capacitan y están constantemente reciclándose, porque este es un tema que está trabajándose en otros países y los profesionales ecuatorianos no son ni mejores ni peores, son igual que los demás, entonces si tu como profesional no te reciclas cada año, no estas actualizándote en tus conocimientos, sientes una inseguridad que cuestiona tu trabajo, y eso les pasa a todos los médicos y a todo los profesionales, que pasa con el concepto de violencia, el concepto de violencia gineco-obstétrico está muy asentado en la teoría feminista y en la teoría critica que ha hecho ver que las mujeres habíamos perdido parte de nuestra autoridad moral para dar a luz, toda la vida las mujeres tenemos un cuerpo preparado para dar a luz, y toda la vida ha sido así de un modo natural , desde hace casi unos 50 años o algo más se medicalizó el parto, ese poder lo perdimos un poder que nosotros tenemos naturalmente lo perdimos, y eso ha hecho que el poder del parto pase a manos de los profesionales de salud, por eso hay muchos movimientos, algunas ONGS por ejemplo “El Parto es Nuestro”.

Como propuesta en la investigación está que una de la posible solución para prevenir o para erradicar la violencia gineco obstétrica, está el empoderamiento en salud, en médicos, en estudiante de medicina en pregrado, qué opinas al respecto.

Ósea el empoderamiento en salud por parte de las pacientes, que como digo antes no son enfermas, sino usuarias mujeres, podemos llamarlos como sea, ese empoderamiento siempre me va a parecer bien, porque es promotor de salud y porque está haciendo que ellas lleven las riendas de su propia salud, nadie más que nosotros deberíamos llevar las riendas, eso de llegar a la consulta de doctor, y decir, “vengo a que me cure” eso es una cosa del siglos XVIII es una cosa absolutamente desfasada, lo normal es que ahora los pacientes consulten en internet cuando tienen algo, naturalmente porque los que están enfermos son ellos, lo normal es que las mujeres quieran conocer cuál es el proceso que van a vivir en un embarazo, puerto y puerperio, lo normal es que las personas llevemos las riendas de nuestra salud. Eso les hace como que perder cierta

autoridad a los profesionales, pero es solo aparente, en realidad un profesional no pierde su autoridad porque la paciente con la que trabaja sepa mucho porque entonces los médicos o los profesionales de salud no podrían trabajar con otros profesionales de salud, ósea no tendría sentido, lo normal es que una persona vaya a consultar con un profesional a que le dé su opinión que la fundamente científicamente y a partir de ahí, que la persona decida, cómo me pasa a mi cuando voy a donde un abogado porque yo no sé todas las leyes yo puedo conocer todas las cosas pero puedo verme en un peligro o voy a un contador público, asesor fiscal porque no quiero pagar tantos impuestos pero quiero hacerlo dentro de la ley, entonces me voy me informo, esas personas me dicen qué puedo hacer y yo tomo la decisión, exactamente igual pasa con la salud yo voy donde un profesional de salud, le digo "Doctor me pasa esto, todo es normal", muy bien adelante tiene que tomar la decisión usted respecto a esto, y ¿Qué implicaciones tiene que yo me haga una cesárea?, porque son riesgos para mí, para la vida de mi hijo, todos esos tipos de riesgos y de procesos que deberíamos naturalizar, como pasa en toda profesión. Que otro señor vaya vestido de blanco, tenga un estetoscopio en el cuello, no significa que esté investido de una gracia divina y que sea un semi dios, y claro en ese empoderamiento hay una toma de decisiones compartida, que tiene que ver con un consentimiento informado, es decir las dos cosas, que sea consentimiento y que sea bien informado, si es una cosa o es otra, no vale,

Luego con respecto a los estudiantes, la educación médica tiene que cambiar, porque tenemos una educación muy orientada a la patología, muy orientada a que ustedes los médicos trabajen en centros hospitalarios, trabajen orientados a la enfermedad, necesitamos y sobre todo como están aumentado las enfermedades crónicas y las enfermedades no transmisibles, necesitamos médicos formados para la promoción de la salud, para que la gente no enferme, no sólo para atender a los pacientes enfermos, sino para atender a los pacientes que no quieren enfermarse, entonces la educación médica tiene que ser revisada y tiene que ser revisada en base a ese empoderamiento en salud que es tarea de los médicos y de los profesionales de salud, el solo hecho de explicarle a un paciente, a una usuaria, a una mujer lo que le está pasando, darle un diagnóstico si tiene una patología y darle el tratamiento, es básico para que esa persona

tenga una adhesión al tratamiento, sino como pretendemos que una persona se adhiera al tratamiento que nosotros le damos tapándole los ojos y que la persona se guíe solamente por lo que nosotros le decimos, eso no pasa en ninguna profesión, porque tiene que pasar en la medicina.

En palabras cortas. Usted como docente de estudiantes de pregrado en la carrera de medicina, cuál cree que sería un enfoque efectivo para poder enseñar el empoderamiento a los estudiantes de medicina, para que generen empoderamiento en las usuarias y en los pacientes

Se debería centrar en promoción de la salud y no sólo en la prevención o en combatir la enfermedad, también en promover la salud, entonces con esas materias de promoción de la salud, nos recreamos precisamente en el empoderamiento de la salud, porque si en el país tenemos indicios de que la tasa de analfabetismo funcional, es decir personas que han sido alfabetizadas pero que no entienden lo que leen o lo que escribe, si esa tasa es muy alta y nosotros no formamos a los médicos para tener en cuenta esa variable, la mayoría de los tratamientos van a fracasar, porque si una persona no entiende ni lo que le pasa ni lo que tiene, no va a entender qué debería hacer para que eso le deje pasar o para lidiar el proceso que tiene, es imposible que se adhiera a ese tratamiento, pues es que si tú no comprendes lo que te pasa y porqué tienes que tomar el fármaco cada 8 horas para que te haga efecto porque es un antibiótico y está actuando contra una bacteria, es imposible que tú te lo tomes, talvez te tomarás cuando tú lo consideres porque nadie te ha explicado que te lo tienes que tomar basándote en tener niveles en sangre de ese medicamento. El empoderamiento en salud es básico, vamos a fracasar en los modelos primarios de atención en salud como estamos fracasando, estamos saturando el nivel secundario y terciario porque no estamos atendiendo el primario, el 80% de las consultas deberían estar en atención primaria y eso incluye los partos, o sea no es razonable que la OMS, que no es sospechosa de ser muy progresista, esté recomendando un 15 % de cesáreas y en Ecuador haya un 85% de cesáreas en algunas zonas, es más que evidente que son innecesarias, el equivalente sería como que una mujer para tener toda su menstruación de golpe va y le pide al doctor que le haga un legrado. O sea una cesárea innecesaria es una aberración porque el parto es un proceso natural que lleva su tiempo, de acuerdo, que no

se puede hacer planes porque la oxitocina tiene su propio comportamiento, pero de ahí a que patologicemos un proceso natural, ahí estamos equivocándonos como promotores de salud y como profesionales de la salud.

Qué cree que un médico general, a una mujer que llega a su primer control de embarazo, debe darle a conocer, debe comunicarle, que es lo básico que debería enseñarle para que esa mujer se empodere de su embarazo.

Me parece que el tema de los derechos y de no conculcar los derechos es un tema de formación que tenemos que darles a los médicos, si los médicos no saben bien los derechos de los pacientes es bastante normal que terminen incumpliendo, conculcando algunos de esos derechos, por otro lado creo que hay profesionales que pueden ayudarnos en comunicación porque es verdad que a veces los profesionales de salud se encuentran con que tienen que atender cada 10 minutos a un paciente diferente, entonces a veces querríamos hacer “educación” y no podemos. Habría que pensar en la figura del promotor de salud, la figura del técnico en atención primaria en salud, en la figura del trabajador social, el trabajador social no es alguien para estar arreglando solo papeles, sino es alguien para trabajar con las comunidades, como su nombre indica es un trabajador que trabaja en la sociedad pero está en el hospital metido allí sin salir, tiene que ir a las comunidades, tiene que ir a trabajar en la sociedad, entonces yo pienso que por ejemplo en las 5 visitas prenatales que según el MSP debería tener toda mujer embarazada, tenemos que darle la educación e información mínima, yo no digo que les expliquemos embriología pero tenemos que darles unas nociones mínimas de que está pasando en su cuerpo, el primer trimestre no es lo mismo que el segundo trimestre, tenemos que explicar que en el primer trimestre el embrión está creciendo mucho, ella está especialmente cansada y necesita descansar, comer bien, todo ese tipo de cuidados van asociados a cosas sobre las que ya tenemos mucha evidencia científica, sobre las que ya tenemos conocimiento, la mujer no tiene por qué saberlo como si hubiera estudiado medicina o anatomía, pero si tiene que saber qué implicaciones tiene el proceso embrionario en su cansancio en su necesidad de comer, entonces todo eso tiene que ir acompañado, hay otros profesionales que lo pueden hacer, los mismos estudiantes de internado rotativo pueden hacer tareas de promoción de salud perfectamente, no pueden prescribir un fármaco,

no pueden coser una episiotomía, pero si deberían estar haciendo promoción de la salud.

Entonces usted cree que es muy posible que mediante una enseñanza en pregrado sobre estos temas, utilizando otra pedagogía, otro tipo de enseñanza en donde se le enseñe al estudiante no solo biomedicina sino a comunicarse con la paciente y generar empoderamiento en salud, podría ser una de las estrategias para prevenir la violencia gineco-obstétrica.

Totalmente, primero lo dice el perfil de egreso del Ministerio de Salud Pública aquí en el Ecuador, no es que lo digo yo, y dice que “educación” es una parte y que promoción de la salud es otra parte y tenemos que formar a los estudiantes para que sean capaces de hacer esas las cosas, entonces perfectamente los profesionales tienen que saber promover la salud, porque si no efectivamente tenemos una atención muy orientada a combatir la enfermedad y como nos decían en el río de la vida cuando ya no hay remedio, lo único que podemos hacer es rezarle a Dios y poco a más encomendarnos a los dioses para que ese paciente no fallezca no le pase algo, sin embargo, si nosotros empezamos el trabajo desde promoción cuando las aguas están calmadas , la imagen del río de la vida se basará en que el paciente va aprender a flotar en el agua, va aprender a nadar, cuando una persona llega infartada a un hospital que podemos hacer, pues una reanimación y rapidito y rezarle a Dios, es que no se puede hacer mucho más, sin embargo podemos prevenir que ese infarto se dé, podemos controlar hipertensión podemos controlar dietas, hay muchas cosas que podemos hacer hasta llegar a ese caso extremo, entonces lo que se debe hacer es no llegar a ese parto de riesgo hay maneras de controlar el riesgo obstétrico, ya lo creo que las hay entonces lo que hay que hacer es cumplir con las guías, y entender que el parto no es una enfermedad, el parto es un proceso natural como la muerte, nacer y morir son dos proceso naturales que no tienen que patologizarse para nada.

Anexo 2: Relatos bibliográficos

Relato bibliográfico de Teresa, sobre violencia Gineco Obstétrica

“Cuando me quedé embarazada con 31 años me prometí a mí misma que esas visitas iban a cambiar en dos aspectos: ningún hombre me atendería y acudiría acompañada del padre de mi hijo con quien compartía proyecto de vida. Siempre había ido sola a consulta porque entendía que mi sexualidad era algo mío y a nadie más le importaba lo que le pasaba a la parte más íntima del cuerpo que soy. Al tener una vida dentro, todo cambió, yo era un cuenco sagrado y el instinto de protección hacia la vida que llevaba dentro se agudizó en mi pareja y de forma muy especial en mí. Con mi primer hijo era una trabajadora en precario que no tenía derecho a elegir la clínica pequeña y algo más acogedora que tuve con mi segundo hijo. Así que terminé en la planta 13 de la maternidad más grande del país que también tenía el mejor servicio de neonatología. El edificio era circular y las habitaciones con dos mujeres cada una giraban alrededor de un espacio central que era el control de enfermería. Entré en urgencias el día de navidad, después de comer con mis padres y esposo unas lubinas al horno que a mí no me cayeron nada bien. A las once de la noche rompí aguas, así que ya pedí que mi compañero estuviera conmigo porque no sabía cuánto tiempo quedaba para conocer a nuestro hijo. Nos dejaron estar juntos a regañadientes y porque era navidad. Tuve mis contracciones en la soledad de una noche eterna en la que aprendimos juntos a respirar mientras el monitor indicaba que venía una contracción fuerte. Las pasé todas porque ése que inventó lo del “parto sin dolor” seguro que no tenía útero. ¿Cómo que sin dolor?, ¿y los siete centímetros de dilatación, quién los pasa? ¿Es que eso no es dolor? Cuando llegas a los tres últimos ya no sabes cómo te llamas. Con que parto sin dolor... serán cínicos. Pues bien, parece que el cordón umbilical era demasiado corto, pero entonces no se medía, el niño no podía salir y me llevaron a quirófano por riesgo de sufrimiento fetal a las 8 de la mañana para hacerme una cesárea. Dejé a V. allí llorando y me metieron a abrirme la barriga en un escenario que no había contemplado para mí, pero bueno. Los dolores no me los quitaba nadie, así que nadie podía decirme que aquello no era un parto, estaba cumpliendo con la maldición bíblica de parirás con dolor. Cuando estaba en el quirófano me pregunta una señora, digo yo que matrona, tienes todavía fuerza, luego conté mi hazaña de doce horas de parto, pero en ese momento le dije que sí muy segura de mí misma. Ella se subió literalmente en mi barriga y mi hijo salió casi de estampida. Me rajé, tenía una episiotomía considerable y me cosieron mientras

sometieron a mi hijo a toda clase de pruebas y torturas que preferí no ver. Les pedí que se lo sacaran a su padre diciéndoles que estaba clonado, era su viva imagen, ensangrentado y todo. Aún no sabía lo que era un dolor de entrañas, el cruce de caminos estaba siendo cosido anestesiado, con rasurado y enema incluido. Que alguien me explique la razón científica de ese proceder, la he preguntado y nadie ha sabido dármele. Ahora ya sé que es violencia sistémica, violencia de la sádica, que no tiene otra explicación que eso tan consistente y tan mentira, de “siempre se ha hecho así”, toma ya con la medicina basada en la evidencia. Nevaba fuera, hacía frío, y en la habitación de la planta trece se veían los copos caer en un día en el que convenía estar a cubierto. Cuando pedí que me trajeran a mi hijo para abrazarlo y ponérmelo en el pecho la matrona me contestó jocosa: “tranquila que ahora te lo traigo y va a ser tuyo hasta que venga una pelantrusca y te lo quite”. Qué mal me sentó aquello, que innecesario y agresivo: ni era mío, ni una pelantrusca me lo iba a quitar nunca, pero era mi hijo, lo acababa de parir y quería que estuviera conmigo. ¿Es tan difícil de entender? Lo más amable que tuve, después de V. mi familia y amigos, fue una compañera de habitación que venía de un país del este y que había sido enfermera además de no ser primípara como yo, con lo cual, toda una voz de la experiencia. Mis padres vinieron y V. no se separó de mí en todo el día, pero cuando llegó la noche me dijeron que me tenía que quedar sola. Yo estaba destrozada, me dolía el alma y tenía la angustia de preguntarme a cada instante cómo se me había ocurrido traer a un niño al mundo que dependía de mí para todo cuando no sabía cuidar de mí misma. ¿Por qué tenía ganas de llorar? No se supone que si a mi hijo no le falta ningún dedo yo tengo que estar feliz. Pues bien, él lloraba y yo con él, y allí no venía nadie, y la mujer que me acompañaba tenía un manejo magistral con su hija que no lloraba y mamaba perfectamente. ¿Sería yo capaz algún día de hacer eso? ¿sería yo capaz de amamantar a mi hijo? Yo que llevaba el nombre de mi abuela de leche... mira que si no soy capaz. Me dolían los pezones a rabiar y pensé que lo más sensato era esperar al día siguiente cuando el o la ginecóloga pasara a verme. Después de la noche toledana, vino el día, frío pero abrigado de tanta visita y gente querida. En una de éstas, anunciaron por megafonía que iba a pasar el ginecólogo que nos metiéramos en la cama, en mi recuerdo dijeron también que nos quitáramos las bragas, pero seguro que es una hipérbole de mi memoria selectiva, o no. Aquello

me sonó a cárcel o lo que es peor, a campo de concentración, qué poco tacto. Pero bueno, había renunciado ya a tantas cosas... a mi plan de parto, a que mi pareja recogiera a mi hijo después de estar todo el tiempo conmigo, en fin... una renuncia más ya qué importa. Me metí en la cama sin saber muy bien cómo sentarme para que no me doliera el alma. Entraron varios médicos todos hombres y el mayor de ellos se acercó a mí para pedirme que le enseñara el pecho. Cuando le dije que me dolía mucho, presionó la mama con las yemas de sus dedos y respondió sin titubear "hasta que se te haga un callo". ¿Cómo?, dije para mis adentros, sumisa, sin fuerza para decirle "eres un imbécil y un grosero", me entraron tantas ganas de llorar que pensé que si empezaba no iba a poder parar. El niño lloraba también y las enfermeras vinieron y me dijeron eso, que iba a oír tantas veces en los años siguientes, "ese niño tiene hambre, vamos a darle una ayudita". Yo sabía que no debía aceptarlo, pero no tenía fuerzas para pelear, ni ánimo, ni certeza de que lo que había leído en los libros fuera lo mejor. Si mi hijo tiene hambre yo le doy lo que sea, y de paso que se calle y me deje dormir. Salimos del hospital a los dos días y medio y las ojeras me llegaban por las rodillas, estaba demacrada, enferma, débil y se supone que feliz. Llegué a mi casa con mi precioso niño de ojos azules, bonito pero delgado, era todo ojos, el más guapo del mundo, pero el más hambriento. Nunca sabré si por el estreñimiento que provoca la anestesia epidural que no me libró de nada o por otra cosa, los puntos de la episotomía se abrieron, y si antes me dolían las entrañas, ahora me dolía yo entera. Me tumbaba en la cama para que mi marido me curara las heridas y mi hijo y yo llorábamos al unísono, él en la cuna, yo en la cama y su llanto era otro dolor añadido. ¿Por qué lloraba tanto? Nunca logré saberlo, ¿lloraba porque no sabía expresar de otro modo su angustia? Pero ¿por qué tenía angustia? No sé, no sabía nada, hasta los seis meses, lloró mucho, era un llanto cansino y pesado. Sentía que no le estaba ayudando, pero él tampoco a mí. Cuando el niño tenía una semana justa era año nuevo y lo llevamos al centro de salud del barrio porque no sabíamos si el cordón umbilical ya se tenía que haber caído. Una doctora de medicina general lo exploró y sin titubear nos dijo que se le iba a hacer una peritonitis porque ese ombligo estaba muy mal. Volvimos a casa sin hablarnos, muertos de miedo, la ropa no nos tocaba la piel, cogimos el coche y nos fuimos al hospital de nuevo. Los pediatras jóvenes que estaban de guardia se miraron a los ojos y nos dijeron algo como

“esa señora no ha visto un ombligo en su vida”. A ver, ¿qué necesidad puede tener alguien de hacer pasar ese mal rato a una pareja inexperta que está asumiendo su p/maternidad como buenamente puede? ¿Aporta algo ese comentario, sirve para algo que no sea hacer daño? El sadismo es un trastorno que implica que las personas que lo padecen disfrutan con el dolor ajeno, no encuentro otra explicación, son sádicos y sádicas y nada más, los hay en la educación, en la salud, en la comunicación, los hay en el mundo mundial y algún día deberían pagar por regocijarse en el dolor de otros. Mis puntos se iban cerrando, mis grietas de los pezones aprendí a curarlas con mi propia leche y mi hijo seguía llorando, pero comía algo más, o eso creo. El pediatra exigía que el niño subiera de peso 150 grs. por semana y mi peregrinar a la farmacia era un dolor, porque yo veía que el niño estaba bien pero no cogía peso. A los seis meses, dejé de preocuparme y le dije al pediatra que no iba a vender a mi hijo por gramos, así que, si engordaba bien, y si no pues, qué le iba a hacer. Desde ese día el niño empezó a tener mofletes y a llorar menos. Sé que no suena muy científico pero la angustia que yo tenía se la transmitía, como el estreñimiento, o el sabor de los alimentos que comía. La lactancia es lo más hermoso que he vivido, era tan orgánico eso de oír llorar a otro niño en el autobús y que me subiera la leche. Era tan placentero que mi hijo se quedara dormido mamando, era tan bonito ese afecto asociado al sustento. Echo de menos a la lactante que fui, ese vínculo me dio la vida, por no decir lo que le dio a mi hijo, dieciocho meses de una relación hermosa, la más bonita que he tenido nunca, hasta que llegó el segundo que también fue preciosa y por el mismo tiempo. El duelo que viví cuando me despedí de la lactancia no lo viví con mi ligadura de trompas, sabía que sólo había deseado tener dos hijos en mi vida y eran los que tenía, me quedé embarazada en la siguiente ovulación a esas dos decisiones y cuando se tiene que cerrar, se cierra. Pero ay la lactancia, ése si fue un duelo. Nunca estaré lo suficientemente agradecida a Carmen, esa matrona dulce que me daba la seguridad que nadie había sido capaz de darme. Ella me cuidaba las heridas, y miraba a mi hijo mientras lo piropeaba para llenarme de orgullo. Cuando me pidió como madre lactante ya veterana que fuera a hablar con otras madres le dije que sí sin dudarle, porque me hizo bien compartir y porque cómo me había dicho mi hermana mayor “había sido muy valiente”, así me sentía, pero nadie más me lo dijo. Nos sentábamos en las colchonetas y abríamos las piernas para

dejar que los niños y niñas recién nacidos lloraran en coro, el llanto era contagioso y lo mejor que podíamos hacer era dejar que pasara. Cuánto contribuyó a mi serenidad y a la paz de mi hijo esa mujer, cuanta sabiduría, estés donde estés, gracias. Cuando iba por la calle y lloraba en su carrito, las mujeres que me encontraba me decían el mantra ritual “ese niño tiene hambre”, con los días yo ya fui sabiendo el significado de cada llanto, y muchas veces sabía que necesitaba afecto y mi olor para calmarse y me paraba en la calle para darle el pecho. Recuerdo la vez que quise subir al autobús y el conductor me dijo que tenía que cerrar la silla para subir, le dije que si él era capaz de hacerlo teniendo al niño en brazos que yo lo repetiría después. Para ser capaz de responder así con ese asertividad tuvo que pasar mucho tiempo y mucha violencia... hasta parecía que se me iba a hacer un callo en el alma, pero no, los callos se hacen con la propia leche, con la autonomía de estar segura de mí misma, así se hacen los callos. El nacimiento de mi otro hijo, casi cinco años después, fue distinto porque yo ya tenía un trabajo fijo, no estaba en precario y tenía la experiencia anterior. Elegí mi ginecóloga, mi clínica, no me atreví a parir en el agua, porque además me tenía que desplazar y no podía, pero sabía que iba a ser más fácil todo. El parto duró dos horas, lo que se dice “una horita corta”, y la angustia disminuyó tanto que parecía una profesional del parir. Mi esposo cogió a su hijo que salió de mí sin dificultad, se lo llevaron para que descansara y mi única preocupación cuando estuve segura de que tenía todos los deditos fue que mi hijo mayor no se sintiera sólo. “Vete a dormir con él, no necesito nada, tú atiéndelo”. Uno vino con una figurita del zorro en la mano para su hermano y eso le hizo sentir protagonista hasta que se dio cuenta de que había venido para quedarse. El destrone es un proceso cruel, alguien viene y te quita un lugar de privilegio sin saber muy bien porqué. Pero la angustia del primero es inversamente proporcional a la intensidad de la alegría inmensa de ser madre y eso los pequeños no lo tenemos. En fin, las leyes de compensación de la naturaleza: si no hubiese parido yo a los dos, me habría quedado con el mal sabor de boca y la torpeza de la primera experiencia. Al fin supe que era capaz de hacer las cosas con tranquilidad y “bien hechas”, como si hubiera un patrón. Era una madre lo suficientemente buena, nada más, y nada menos. Practiqué colecho mientras quise, di el pecho mientras los dos quisimos, y disfruté la maternidad sin consentir que nada ni nadie me violentara como lo había tolerado

al principio. Ahora sé que la menopausia es sabiduría, y encaró el fin de mi vida fértil (sólo en este restringido sentido de fertilidad) de una manera serena. La experiencia es un peine que dan a los hombres cuando están calvos, yo ahora me acaricio la melena porque me siento bien conmigo misma, como no me he sentido nunca sin estar embarazada o lactando y eso es justicia poética por tanta agresión y tanto sadismo. ¿No tenemos otro modo de recibir y de despedir a los seres humanos que con violencia? Partos y muertes dignos y humanizados, hagámoslo por nosotrxs mismxs, por la única especie que habita este planeta maltrecho, la especie humana.”

Relato biográfico #1 recogido por estudiante de Medicina de Pregrado de Primer Semestre UDLA:

-Entrevistador: ¿Cómo fue el parto en el que nació?

-Madre: Al haber culminado con éxito los nueve meses de mi embarazo, siendo aproximadamente las tres de la mañana, empecé a sentir unas fuertes contracciones en mi abdomen marcando desde ese momento el inicio de la labor de parto, en donde las contracciones iban y venían. Aproximadamente a las seis de la mañana, con mi esposo, decidimos ir a la clínica ya que se rompió el agua de fuente. Al momento de llegar a la clínica, las contracciones se espaciaron, en ese momento llegó el ginecólogo a la valoración del caso diciendo que mi parto se haría por la noche, el mismo que me puso una vía intravenosa con una dextrosa más una ampolla de “pitocin” para acelerar el parto. Siendo las doce del día, sentía una sensación de pujo, la misma que le réferi a las enfermeras y ellas me dijeron que no me asuste ya que todavía faltaba para el parto pero en ese momento me di cuenta que ya se avecinaba la llegada de mi bebe al mundo y empecé a gritar al personal médico de la clínica ya que los dolores eran cada vez más fuertes, los mismo que vinieron y constataron que la cabeza de mi hijo se encontraba en cuarto plano, es decir, ya se le miraba, en ese momento, los profesionales optaron por ponerme en una camilla y como no hubo un ascensor, tuvieron que tomar la decisión de subirme por las gradas hasta el cuarto piso en donde para que no salga él bebe en la camilla, me cerraron las piernas en donde sufrí demasiado dolor y esa acción no se debía haber cometido ya que debían haber dejado que el parto siga su curso normal. Llegando al cuarto piso, ingrese

a sala de partos en donde inmediatamente salió él bebe con una coloración cianótica, pero lloro inmediatamente, en ese momento me lo pusieron en el pecho para amamantarlo y le mire que era negrito, momentos después de darme al bebe, lo llevaron a la incubadora. Minutos más tarde, me llevaron a la habitación y después de tres horas me trajeron al bebe en donde, para mi sorpresa, era un niño blanco y colorado, era un niño muy grande, por estas circunstancias, yo asumía que no era mi bebe, en tanto tuvimos la oportunidad, avisamos a la enfermera que no era mi bebe pero ella me dijo que tenía la manilla puesta y que era el único bebe nacido ese día en la clínica y oh sorpresa, fue él bebe sensación de toda la clínica ya que había nacido pesando 5 kg 4 onzas que equivalen a casi 12 libras y con una talla de 60 centímetros siendo la admiración de todo el personal de salud de la clínica naciendo muy sano y robusto, inmediatamente se pasó a realizar las pruebas de rutina del recién nacido para comprobar que él bebe se encontraba completamente sano y además se le realizó el examen de tipo de sangre en donde mostro los resultados que había sacado el mismo tipo de sangre de su padre que es B positivo (+).

Relato biográfico #2 recogido por estudiante de Medicina de Pregrado de Primer Semestre UDLA:

¿Cómo fue el parto?

Madre: Estaba en el quirófano y me pusieron la anestesia en la raquídea, miraba al techo y estaba todo salpicado de sangre, se fue la luz y tuvieron que abrir puertas y ventanas para que entrara luz natural, hasta que puedan prender la planta de energía en la clínica.

¿Qué sucedió durante el parto al momento de entrar al ginecólogo?

Madre: El doctor llegó tarde a la cirugía por estar tomando pruebas y empezó a pasarse la anestesia que me pusieron en la raquídea, ya que empecé a sentir las piernas y tuvieron volverme a inyectar. Era una aguja enorme que entró por mi espalda.

¿Qué emociones tuvo durante y después del parto?

Madre: La emoción de tener otro hijo y al mismo tiempo la preocupación de que algo no saliera bien ya que tu hermanito cuando nació el doctor le apretó mucho la cabeza al sacarlo. Estuvo 7 días en cuidados intensivos y murió. Por lo que sentí un gran alivio al saber que estabas bien una vez ya fuera de mi pancita. El Dr. presionó un poco fuerte tu ojo al momento de sacarte así que pasaste como una semana con el ojo morado.

¿Como fueron los cuidados en la clínica una vez terminado el parto?

Madre: Me quisieron dar de comer en el primer día, al contrario de tu hermano. Cuando lo tuve a él esperaron como dos días para recién darme de comer. Recuerdo cuando te tuve y quisieron que comiese, se me caía la cuchara de las manos ya que no tenía fuerza para sostenerla.

¿Qué sucedió exactamente después del parto?

Madre: Me hicieron la ligadura para que ya no pudiera quedar embarazada de nuevo y al terminar todo el parto el Dr. apretó fuertemente mi vientre para que no quedasen coágulos de sangre atrapados, fue un dolor sin igual que no tienes ni idea de cómo fue, grité tan duro que se escuchó fuertemente en todo el quirófano.

¿Cuánto fue el tiempo de recuperación y como fue la rehabilitación?

Madre: Estuve 3 días en la clínica, me pidieron varios metros de franela para fajarme y me levantaban a caminar durante un periodo muy corto para acostumbrarme nuevamente, ya que el dolor por la ligadura era muy grande. Después del tercer día me enviaron a casa y el dolor se mantuvo en mí como alrededor de un mes.

