



Universidad del Azuay

Facultad de Ciencias Jurídicas

Carrera de Derecho

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL EJERCICIO DE
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
DE LAS MUJERES EN ECUADOR.**

Autora:

Camila Mercedes Cando Ortiz

Directora:

Julia Elena Vázquez Moreno

Cuenca – Ecuador

2024

DEDICATORIA

A mi mami, a mi hermana y a todas las extraordinarias
mujeres de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a todas las personas que me han acompañado a lo largo de mi vida. Principalmente a mi mami, porque ha sido, es y será mi cable a tierra. A mi hermana, por siempre estar a pesar de todo. A mi familia y a mis amigas quienes me han apoyado incondicionalmente. A mi directora de tesis, por todas sus sugerencias y correcciones a lo largo de esta investigación.

VIOLENCIA OBSTETRICA EN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN EL ECUADOR

RESUMEN:

La Violencia obstétrica es una forma de Violencia de Género, aunque debemos tratarla como un fenómeno individual, violento por sí solo. Se manifiesta de diferentes maneras, entre ellas, física, psicológica, económica, sexual y reproductiva. La ONU, la define como la violencia ejercida por un profesional de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Con respecto a la normativa nacional, el Ecuador ha tenido avances significativos como la implementación de la Ley Orgánica de Salud, y el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres en la Constitución del 2008. Sin embargo, la violencia obstétrica sigue siendo invisible, pues es un problema naturalizado por la sociedad, y muchas mujeres siguen siendo víctimas. Este estudio pretende contribuir en la concientización y sensibilización sobre la violencia obstétrica, con el objetivo de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres en Ecuador.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, género, derechos sexuales y reproductivos, salud materna, igualdad.

ABSTRACT

Obstetric violence is a form of gender violence. However, we must treat it as an individual phenomenon, violent in its own right. Obstetric violence manifests in different ways, including physical, psychological, economic, sexual, and reproductive impacts on women. The UN defines it as violence which is perpetuated by a health professional on the body and reproductive processes of women. In terms of national regulations, Ecuador has made significant progress, such as the implementation of the Organic Health Law and the recognition of women's reproductive rights in the 2008 Constitution. Obstetric violence remains invisible in our society as it has been normalized. Still, many women continue to be victims. This study contributes to raising awareness and sensitization about obstetric violence. It focuses on guaranteeing the full exercise of the sexual and reproductive rights of all women in Ecuador.

Keywords: obstetric violence, gender, sexual and reproductive rights, maternal health, equality.

Approved by:



Lcda. Mónica Martínez Sojos, Mgt.
Cod. 29598

Tabla de Contenidos

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN:	IV
ABSTRACT:	IV
Introducción	1
CAPÍTULO 1: VIOLENCIA A TRAVÉS DE LA SALUD OBSTÉTRICA.	4
1.1 Violencia de Género.	4
1.2 Definición y concepto de Violencia Obstétrica.	5
1.3 Tipos y Formas de Violencia Obstétrica	8
1.4 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador	13
1.5 Relación entre violencia obstétrica y Derechos Sexuales y Reproductivos.	16
1.6 Impacto de la Violencia obstétrica en la salud física y mental de las mujeres.	17
CAPÍTULO 2: NORMATIVA INTERNACIONAL, NACIONAL Y SU REGULACIÓN EN EL CONTEXTO ECUATORIANO.	18
2.1 Responsabilidad de los profesionales de la salud.	18
2.3 Normativas sobre el consentimiento informado y la toma de decisiones en el embarazo y el parto.	25
2.4 Normativa Internacional para la erradicación de la Violencia Obstétrica.	27
2.5 Análisis de la eficacia de la legislación existente.	29
2.6 Obstáculos y deficiencias en la aplicación de la normativa.	33
CAPITULO 3: ACCIONES PARA COMBATIR LA VIOLENCIA OBSTETRICA Y PROMOVER LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	34
3.1 Marco institucional y mecanismos de denuncia	34
3.2 Procedimientos de denuncia y vías de acceso a la justicia	36
3.3 Campañas de concientización y sensibilización	40
3.4 Recomendaciones de políticas públicas para prevenir y abordar la violencia obstétrica	40
3.5 Conclusión	44
3.6 Recomendaciones	45
Bibliografía	47

Tabla de Figuras

Figura 1. Violencia gineco-obstétrica por provincias en Ecuador. 31

Introducción

La violencia obstétrica y la violencia de género en general se han convertido en una problemática que afecta un sin número de derechos fundamentales de las mujeres, y de manera concreta en Ecuador. Es por esto, que es muy conveniente el reconocimiento de los Derechos Humanos y la igualdad de género como base de desarrollo de toda sociedad. Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran contemplados en varios Instrumentos Internacionales, como la Declaración Internacional de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Los mismos, que señalan que las mujeres tienen el derecho de acceder a una salud de calidad durante el embarazo, parto y postparto, sin ningún tipo de violencia.

La Constitución Ecuatoriana del (2008), reconoce y garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el país y prohíbe todo tipo de violencia. También, el Ecuador forma parte de Tratados Internacionales que velan por estos derechos. Sin embargo, la realidad actual de muchas mujeres ecuatorianas refleja que la violencia obstétrica persiste. En 2014 se aprobó la Ley Orgánica de Salud (2006), en la que se contempla la Violencia Obstétrica como una forma de Violencia de Género, aunque debemos entenderla como un problema individual, extremadamente violento en sí mismo, que consiste en la violencia ejercida hacia las mujeres durante el embarazo, parto y posparto por parte de profesionales de la salud, instituciones o sistemas de atención médica y se caracteriza por el abuso de poder, violación a los derechos humanos y la discriminación basada en el género.

La Violencia Obstétrica se manifiesta de diferentes formas como, por ejemplo: la falta de información accesible y comprensible, la toma de decisiones sin el consentimiento informado de la mujer, la realización de intervenciones médicas no consensuadas, el trato irrespetuoso, la negación de la autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre su cuerpo, la negligencia en su atención y seguimiento de la salud materna, entre otros. Esto trae consigo consecuencias psicológicas, físicas y emocionales negativas lo que afecta a su salud de manera integral, de modo que se perpetúan las desigualdades con respecto al género.

Por todo lo mencionado anteriormente, es muy importante reconocer y erradicar la violencia obstétrica y garantizar una atención respetuosa, informada, con enfoque en las necesidades y deseos de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, es decir, velar por los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

De acuerdo con las autoras Sahagún y Arias (2018) la violencia obstétrica consiste en una violación de los derechos reproductivos de las mujeres e incluso consideran que al mismo tiempo se vulneran derechos humanos tales como el derecho a la igualdad, salud, no discriminación, información, salud y autonomía reproductiva.

Así mismo, Cristina Borja (2017) establece que esta forma de violencia es una transgresión muy frecuente, de los derechos humanos, también la considera como un grave problema de salud pública con graves consecuencias tanto económicas como sociales.

Debemos entender que existe una normalización de este tipo de violencia en contra la mujer, así lo indican Da Silva Carvalho y Santana de Brito , (2017) pues afirman que a pesar de que existen un sin números de tratamientos y prácticas riesgosas e innecesarias que se ejercen a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, el personal de la salud no pide el consentimiento, que además este debe ser debidamente informado, lo cual en la práctica cotidiana no ocurre. De modo que la madre pasa a segundo plano, pues no tienen decisión alguna sobre su propio cuerpo.

Brandão (2022)) argumenta que lo que entendemos por “maternar” al menos en las sociedades occidentales, refleja una realidad en donde las madres no deben quejarse de su dolor, ya que el solo hecho de “concebir” es más importante que cualquier violación a sus derechos. O sea, la normalización del cuerpo de la mujer en los establecimientos de salud responde a una perpetuación del estigma social construido en las sociedades occidentales sobre ellas y sobre sus cuerpos.

Por otro lado, la Ley Orgánica de Salud, establece que las mujeres tienen derecho a recibir atención obstétrica de calidad, sin embargo, la implementación de esta ley ha experimentado obstáculos, pues la violencia en esta área persiste. La Ley Orgánica Integral para Prevenir y

Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (*Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres.*, 2018) define a la violencia gineco-obstétrica como:

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

CAPÍTULO 1: VIOLENCIA A TRAVÉS DE LA SALUD OBSTÉTRICA.

1.1 Violencia de Género.

La violencia de género es un fenómeno social interseccional que abarca varias facetas, es decir se relaciona con las ciencias sociales, humanas, políticas, económicas, de salud y está estrechamente vinculado con el movimiento social de mujeres. Este fenómeno se desarrolla en un contexto de inequidad, en donde el común denominador es el abuso de poder que manifiesta un sistema patriarcal y se refleja la dominación masculina. Aquí, la violencia aparece dentro de la estructura social donde se perpetua prácticas violentas hacia una persona o grupo de personas en razón de su identidad de género.

La violencia por identidad de género tiene sus raíces en la discriminación sistemática, la intolerancia social y la falta de reconocimiento de la diversidad de género. Los prejuicios arraigados, los estereotipos de género y la falta de educación y sensibilización contribuyen a la marginalización y exclusión de las personas transgénero y no binarias, que aumenta la violencia en contra de ellos. Además, la falta de protecciones legales y políticas específicas para los grupos LGBT+ deja a muchas personas vulnerables, lo que trae graves consecuencias para las víctimas, incluyendo lesiones físicas, trastornos psicológicos, dificultades económicas, problemas de salud, entre otros. Además, perpetúa y refuerza las desigualdades de género, limitando las oportunidades y la independencia de las víctimas.

Desde la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, se han redactado varios instrumentos internacionales que prohíben la discriminación por motivos de género y garantizan el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. Entre estos está la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas.

De acuerdo con la ONU (1987); “la Violencia de Género se refiere a todo acto sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico; que ocurra en la vida pública o privada”.

Debemos recalcar que la violencia de género no se desarrolla en un solo contexto social, sino que puede ocurrir en diferentes ámbitos. Además, puede afectar a mujeres de todas las edades, etnias, orientaciones sexuales, identidades de género, clases sociales y niveles educativos.

Para combatir la violencia de género se requiere una perspectiva integral que incluya medidas legislativas, políticas, educativas, sociales y culturales. Esto incluye la aplicación de leyes y políticas que garanticen la protección de los derechos de las mujeres y sancionen a los que los violentan, así como también la promoción de la igualdad de género, la sensibilización pública y la creación de redes de apoyo y servicios para las víctimas.

Uno de los escenarios en donde se desarrolla la violencia de género, específicamente en contra la mujer, es en el área de la salud, pues históricamente las mujeres han luchado y siguen luchando en la actualidad por sus derechos, entre ellos la autonomía con respecto a sus cuerpos. Haciendo referencia al sistema de salud en Ecuador, se ha tomado medidas para abordar la violencia de género, como la capacitación del personal de salud en la identificación y atención de casos de violencia, la adopción de protocolos de atención para víctimas de violencia de género y la creación de unidades especializadas en hospitales y centros de salud. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para garantizar que todas las mujeres, niñas, niños y adolescentes tengan acceso a servicios de salud seguros, respetuosos y sensibles al género.

Además de las medidas dentro del sistema de salud, es crucial abordar las causas subyacentes de la violencia de género en la sociedad ecuatoriana, incluida la desigualdad de género, la discriminación y la cultura de la violencia. Esto requiere un enfoque integral que involucre a todos los sectores de la sociedad, incluidos el gobierno, la sociedad civil, las organizaciones de derechos humanos y la comunidad en general.

1.2 Definición y concepto de Violencia Obstétrica.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2019), define a la violencia obstétrica como aquella violencia que se da por un profesional de la salud sobre los cuerpos y los derechos reproductivos de las mujeres. Cabe recalcar, que no es exclusivamente un problema de las mujeres, sin embargo, son las más afectadas, debido a que durante los procesos del embarazo, parto y

posparto han experimentado un sin número de tratos deshumanizados que ponen en riesgo su integridad y salud.

Este tipo de violencia abarca una serie de prácticas invasivas y negligentes, que por lo general se realizan sin el consentimiento informado de la mujer. En Ecuador, la violencia obstétrica se define como cualquier hacer o no hacer por parte del personal de salud que cause que en consecuencia deje un daño físico, psicológico o emocional a la mujer gestante, en trabajo de parto o en periodo postparto, y que vulnere sus derechos fundamentales, incluido el derecho a la información, el consentimiento informado, la autonomía reproductiva y la integridad física, sexual y emocional. En Ecuador, la violencia obstétrica sigue siendo invisible tanto para el Estado como para la sociedad, y no se cuenta con una definición concreta y mucho menos con una clasificación.

Para Paolini (2011) la violencia obstétrica se desarrolla en un contexto de desigualdad de recursos que se evidencia en los países en vías de desarrollo con respecto al sistema de salud, por lo que se crea un vínculo con la violencia estructural.

Así mismo Borja (2017) establece que, para el profesional de la salud, el aceptar el término “violación” durante su desarrollo práctico profesional, especialmente en la atención a mujeres, es sinónimo de mala práctica médica. Esto implica tratos deshumanizados y poco compasivos hacia las mujeres debido a que su ética médica exige cumplir protocolos que garanticen el bienestar del paciente. Las prácticas de violencia obstétrica pueden incluir, entre otras, la falta de consentimiento informado, la discriminación, la falta de confidencialidad, la medicalización excesiva del parto sin justificación profesional alguna, la negación de métodos alternativos de parto, intervenciones invasivas, la negación de la presencia de un acompañante durante el parto, la negligencia en la atención médica y la falta de respeto y violación de los derechos de las mujeres durante el proceso de gestación, parto y postparto. Es por esto que es considerada un grave problema de salud pública y se busca emplear un marco legal que busca prevenir, sancionar y erradicar estas prácticas, garantizando el cuidado, dignidad y el cumplimiento de los derechos de las mujeres durante todo el proceso de maternidad.

A lo largo de la historia, el parto y el trabajo posterior era realizado por parteras, que son mujeres que tenían experiencia en este tipo de procesos, pues eran conocimientos adquiridos de generación en generación. Todas estas prácticas se las realizaba en el hogar, es decir que era algo íntimo. Sin embargo, el hecho de que solo interviniera la partera, significaba un riesgo para la

salud de la mujer, debido a que en muchas ocasiones no se contaba con los medios necesarios para garantizar un embarazo, parto y posparto seguros.

Con el avance de las nuevas tecnologías, el proceso del parto se ha trasladado a los hospitales e instituciones de salud, con el objeto de disminuir la mortalidad materna e infantil. Es así que el parto se convirtió en un tema de salud pública. Pero, se ha presentado un nuevo desafío, en donde se da lugar a nuevas formas de vulneración de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se ha demostrado que, en muchas ocasiones, la violencia ocurre dentro de las propias instituciones de salud, en donde se espera que las mujeres se encuentren protegidas y reciban atención cordial y de calidad, la misma violencia que es ejercida por los profesionales de salud, reflejando en cierto modo, un abuso de poder. El parto se ha convertido en un proceso netamente fisiológico, dejando en un segundo plano la importancia de velar por los derechos fundamentales de las mujeres, en donde los hospitales toman el control, es decir que las decisiones de las mujeres pasan a un plano completamente irrelevante. Es por esto, que, a pesar de mencionados avances con respecto a la salud materna, muchas mujeres y personas que gestan, siguen eligiendo prácticas alternativas, con las cuales se sienten mucho más identificadas y protegidas.

Esta medicalización del parto ha otorgado a los profesionales, una autoridad sobre las mujeres. Al ser el principal actor de la violencia, el personal médico, no es capaz de percibir que no solo la mujer llega a ser violentada, sino también el propio personal de salud que ejerce su profesión en el sistema de salud. Al enfrentarse con la realidad de no contar con los suministros básicos para la atención del parto, la falta de personal en las salas de parto, el colapso físico o mental al no contar con los trabajadores suficientes, son algunas de las maneras en que el Estado reproduce otros tipos de violencia. No se puede dejar de lado la atención del parto, pues el tipo de violencia más visible en las mujeres que acuden a la casa de salud es la que el personal médico ejerce sobre ellas, para el cual el cuerpo es considerado una máquina para dar vida.

Por otra parte, Rich (1986) resalta la regularización de la maternidad debido a la apropiación de los cuerpos de las mujeres mediante el proceso de procrear. Para Rich, ese es el centro del accionar del patriarcado, donde las experiencias de las mujeres son arrebatadas por un poder ajeno, y se crea la idea de otorgar valor a la mujer por la capacidad de ser madre o no. También señala que el patriarcado requiere que las mujeres asuman un cierto rol de subordinación, de esta forma, se llegan a institucionalizar todos los procesos sin considerar el verdadero bienestar de las madres.

De igual manera, Straka (2015) resalta el papel del estado mediante la relación entre la violencia obstétrica con la violencia institucional debido a que es instrumentada por la acción de las instituciones médicas, sean públicas o privadas.

En muchos países del cono sur se cuestiona a las instituciones de salud, al estar relacionadas con la discriminación hacia sus pacientes, y por ejercer violencia institucional.

En Ecuador no se encuentra tipificada la violencia obstétrica, pero sí se cuenta con una Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto, en la que se conoce sobre la ley, pero no cómo ponerla en práctica.

1.3 Tipos y Formas de Violencia Obstétrica

Para Jojoa-Tobar (2019) la violencia obstétrica se ejerce sin límite alguno, pues reconoce que dentro de los casos de violencia muchas de las víctimas sufrían discriminación no solo por el hecho de ser mujeres, sino que también por ser mujeres indígenas, negras, que no ha culminado sus estudios, que carecen de estabilidad económica y que viven en zonas rurales del país.

Por otra parte, Paolini (2011) hace referencia a que la violencia obstétrica forma parte de la violencia perinatal, la que se manifiesta a través del embarazo, parto, posparto de las mujeres. A su vez, vulnera los derechos de las mujeres a su intimidad mediante la exhibición de los cuerpos y sus órganos genitales externos, y al no ser informadas de los procesos médicos que se van a llevar a cabo.

Otra manifestación de abuso es la falta de información de su estado de salud y la de su hijo, pues en varios casos, las mujeres son privadas de información o dicha información es muy poco entendible.

Se ha demostrado científicamente que existen algunas importantes dificultades obstétricas que sufre la mujer y el sin número de intervenciones, y el nivel de inferioridad que estas adquieren en el momento del parto. Una de las prácticas que más se ejecutan son las episiotomías y las cesáreas, las mismas que implican un mayor consumo de medicina durante la recuperación del posparto, además, el alza de muerte materna y del riesgo de infecciones por las cirugías abdominales. Esto hace que el parto no sea la mejor experiencia para la mujer ya que deja frutos negativos en la percepción de las mujeres y sus familias. Como se mencionó anteriormente, este tipo de violencia se desarrolla en varios contextos y puede adquirir diferentes formas, entre ellas:

Falta de consentimiento informado: Ocurre cuando se realizan procedimientos médicos o intervenciones sin el consentimiento adecuado de la mujer embarazada, o cuando no se le proporciona información completa y comprensible sobre los riesgos y beneficios de dichos procedimientos.

Trato deshumanizado: Implica un trato irrespetuoso, humillante o degradante hacia la mujer embarazada durante el proceso de parto, como burlas, insultos, ridiculización o menosprecio de sus necesidades y deseos.

Intervenciones médicas innecesarias o abuso de medicalización: Incluye la realización de procedimientos médicos invasivos o cesáreas sin indicación médica justificada, así como el uso excesivo de medicamentos o tecnologías médicas durante el parto, que pueden aumentar los riesgos para la mujer y el bebé.

Violencia física: Se refiere al uso de la fuerza física por parte del personal médico durante el parto, como restricciones físicas, maniobras invasivas o procedimientos dolorosos sin anestesia adecuada.

Negligencia en la atención y seguimiento del parto: Implica la falta de atención adecuada durante el trabajo de parto y el parto, incluyendo la falta de monitoreo continuo del estado de la madre y el bebé, así como la demora en la atención o la falta de intervención en casos de emergencia obstétrica.

Estigmatización y discriminación: Se produce cuando la mujer embarazada es objeto de discriminación o estigmatización debido a su origen étnico, edad, estado civil, orientación sexual o cualquier otra característica personal, lo que puede afectar negativamente su acceso a la atención médica adecuada y su experiencia durante el parto.

Es importante destacar que la violencia obstétrica puede traer consigo graves secuelas físicas y psicológicas tanto para las mujeres y sus bebés, y es trascendental que se promueva un enfoque de atención respetuoso, centrado en las necesidades y deseos de la mujer embarazada, así como en el respeto a sus derechos humanos durante el proceso de parto y nacimiento.

De acuerdo con el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos también las mujeres en sus consultas obstétricas también sufren de:

Violación del Derecho a la Intimidad ya que puede ocurrir la exhibición o revisión invasiva del cuerpo y genitales.

Muchas veces las mujeres son chequeadas por un doctor y sus pasantes, sin permiso expreso de la paciente, lo que causa vergüenza o incomodidad.

Con la finalidad de cambiar la atención a mujeres y sus bebés, para garantizar un mejor acceso a la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró recomendaciones para los cuidados durante el parto y hacer de éste una experiencia positiva, definida como la vivencia que cumple con las expectativas de las mujeres, para asegurar una atención de alta calidad en el parto y mejores resultados centrados en la mujer y en el bebé para que alcancen su potencial de salud y de vida, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.

Actualmente vivimos en una sociedad en la que el modelo sanitario dominante es el conocido como BIOMÉDICO. Dicho modelo defiende la idea de que «existe un tratamiento para todo» incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto que son abordados como si fueran patologías y que, por tanto, debe ser tratado y supervisados por profesionales de la salud sanitaria.

La tasa elevada de partos por cesárea parece haberse extendido al mundo, dicha tasa en las zonas urbanas de la mayoría de los países supera con creces el por ciento, y en las zonas rurales también está en aumento. Eso significa que en muchos países la mayoría de esas intervenciones se llevan a cabo por motivos que no son médicos y sin claros beneficios para la salud. En muchos países ricos esas intervenciones innecesarias conllevan pocos riesgos, pero en otros lugares las posibilidades de provocar consecuencias negativas para el lactante y la madre son muy reales. Además, recurrir a la cesárea cuando no es necesario puede suponer una desviación de los escasos recursos disponibles en los lugares en que muchas mujeres no tienen opción a una cesárea cuando su vida está en peligro.

Por otro lado, es muy importante mencionar como la violencia obstétrica y la discriminación van de la mano, pues históricamente se conoce que las personas negras están bajo vigilancia y amenazados por instituciones de poder. Desde los propietarios de esclavos en el sur de Estados Unidos hasta la brutalidad policial en ciudades y pueblos de todo el mundo, han existido instituciones para controlar y abusar de los cuerpos negros y someterlos a la violencia.

Muchas mujeres, especialmente las de color, tienen que cargar con las consecuencias del abuso a sus cuerpos, típico del racismo obstétrico es la forma contradictoria en que se ha visto a las mujeres negras desde el comienzo de la institución obstétrica y cómo estos puntos de vista han determinado cómo las cuidan, incluida la negación de la autodeterminación o la autoexpresión.

También las contradicciones entre la “fuerza sobrehumana” o la “resistencia” de las mujeres negras y su disposición vulnerable continúan en el discurso en torno a las experiencias y los cuerpos de las mujeres negras. (Bridges, 2011)

Los artículos médicos y de salud pública a menudo describen a las mujeres negras en diferentes contextos alrededor del mundo como de alto riesgo médico y/o socialmente vulnerables. (Holdt Somer,2017).

Perpetuar esta narrativa, crea el peligro de que los profesionales individuales equiparen la piel negra con la complejidad médica en lugar de contextualizar los impulsores sociopolíticos más amplios de las desigualdades en salud que impactan desproporcionadamente a las mujeres negras en la atención de maternidad. (Bridges, 2011)

Junto a la narrativa de la mujer negra pobre y vulnerable está el conocido y la suposición de que las mujeres negras están hechas, tanto física como culturalmente, para soportar el dolor, porque siempre lo han hecho, ha despojado a muchas mujeres negras de la oportunidad de recibir el apoyo que necesitan en la atención de maternidad. Por ejemplo, en el Reino Unido, donde las mujeres negras tienen más probabilidades de amamantar en comparación con las mujeres blancas muchas narrativas sobre el terreno de mujeres negras expresan preocupación por recibir menos apoyo para la alimentación infantil porque se considera que las mujeres negras dan de manera “natural” en la lactancia. (McAndrew, F,2012).

De manera similar, en Sudáfrica, las mujeres negras a menudo dan a luz solas, desatendidas por los trabajadores de la salud debido a una supuesta "capacidad natural" para dar a luz (Chadwick, 2018). Como resultado del racismo obstétrico, las mujeres negras en todo el mundo quedan desatendidas y se les niega físicamente atención emocional, espiritual y culturalmente segura. La mortalidad materna se utiliza a menudo como un marcador de la calidad de los sistemas de salud (Say, L, 2009). Y una medida de los avances hacia la equidad en salud (Kramer, 2019). Las mujeres negras e indígenas enfrentan las mayores probabilidades de muerte materna en el país, siendo cuatro veces más propensas a morir que las mujeres blancas (Knight, M, 2020). Los datos epidemiológicos de Brasil también muestran que el riesgo de muerte materna para las mujeres negras e indígenas es casi cuatro veces mayor que el de las mujeres blancas (Martins, 2006).

Por lo tanto, podemos concluir que el racismo obstétrico transnacional anti-negro es la crisis epidémica de la institución obstétrica, con consecuencias perjudiciales. El racismo obstétrico es parte integrante de los orígenes de la obstetricia y ha crecido hasta adoptar diferentes formas,

dependiendo del contexto socio histórico local. (D. Davis, 2019) establece la importancia de comprender el racismo como un factor independiente que contribuye a los malos resultados y experiencias de salud de las mujeres negras y sus bebés.

Basándonos en la descripción que hace Davis (2019) del racismo obstétrico como una intersección entre el racismo médico y la violencia obstétrica, sostenemos que la violencia obstétrica en sí misma no es solo violencia de género, sino que, al ser una consecuencia de los orígenes de la obstetricia en el capitalismo racial, primero y sobre todo la violencia racializada y racializante. La violencia obstétrica, entonces, no es sólo parte de la intersección del racismo obstétrico, sino que, ante todo, debe entenderse como reproducida por esta intersección en la que se multiplican los sistemas de opresión. pegados y reproducidos dentro de la institución obstétrica (Collins, 2018).

Sin ser comprendidos como parte de esta intersección, los teóricos y activistas de la violencia obstétrica corren el riesgo de ver sólo una parte de las estructuras que producen la violencia obstétrica, entendiéndola simplemente como un problema de emancipación, autonomía, parto medicalizado versus parto natural. La violencia contra las mujeres y niñas negras suele vivirse al margen, mientras tanto, el dolor que experimentan las mujeres blancas enciende movimientos sociales y campañas para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas.

Centrar la experiencia del racismo obstétrico anti-negro como una lente interseccional deja claro que el racismo, la obstetricia y la violencia comparten un origen sinérgico. Desde una perspectiva abolicionista interseccional, no tener en cuenta el racismo obstétrico anti-negro al luchar contra la violencia obstétrica no sólo pasaría por alto la historiografía crucial y la realidad de la violencia, sino también la estrategia correcta para el cambio. El lema de Black Lives Matter “Cuando las vidas de los negros importan, todos viven mejor”, también cuenta para el nacimiento. Se necesitaría un cambio revolucionario del sistema obstétrico para honrar el hecho de que los nacimientos de las personas negras importan en sus propios términos. Dar paso a esta comprensión significa construir un sistema totalmente diferente para cuidar el parto, un llamado a la abolición que fácilmente podría pasar desapercibido si se centrara unidimensionalmente en las mujeres blancas.

1.4 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador

La aparición de los derechos sexuales y reproductivos según Salinas (Salinas, 2001), nace gracias a las tensiones morales y éticas del siglo XX por las políticas controlistas de la población y por los debates de los movimientos en defensa de la igualdad de derechos de las mujeres. Como es sabido los siglos anteriores a las revoluciones feministas estaban marcadas por una organización patriarcal, en el que las mujeres luchaban fuertemente por ser tratadas como personas independientes, eran tratadas como propiedad del marido, y por ende estaban a su merced y a su disposición en lo que él y su familia ordenara. El término de derechos reproductivos, fue instituido recién, en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Ámsterdam (1984), y en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena (1993), donde los diferentes Estados presentes se comprometieron a tratar como una violación a los derechos humanos, toda violación que tenga que ver con todo lo relacionado a los derechos reproductivos de las mujeres. El hecho de que las mujeres pudieran estar presentes en esa conferencia, significó un paso muy importante para la teoría de los derechos fundamentales, y fue así como lo privado se volvió público con respecto a los derechos fundamentales de las mujeres. Según la activista y estudiosa de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos permiten reconocer las diferencias de género que han estado presentes al tratarse el ámbito de los derechos humanos, en sus dimensiones nacional e internacional, (Terán Tamayo, 2017). Por ende, es importante reconocer, que tanto la salud sexual como la reproductiva están estrechamente relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos; y en general con derechos humanos, y debemos entender que se deben ejercer de forma irrenunciable, universal e independiente. En la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), se establece a la mujer como un individuo con acceso de manera a todos sus derechos, entre ellos, el derecho de tener libertad y soberanía respecto a su sexualidad y su reproducción. Así, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1995), tipifica a decidir libre y responsablemente en su descendencia, el derecho al acceso de la información y los medios adecuados para ejercer estos derechos. El Ecuador, al estar adherido a estos convenios, está obligado a incorporar en su legislación lo acordado aquí; y Ecuador lo ha hecho en la Constitución de la República (2008) , pero sin un enfoque de género, sino brindando estos derechos a la ciudadanía en general.

La dignidad es un concepto intrínseco del individuo y es en la soberanía en donde recae el sentido de la dignidad humana. No se puede hablar derechos humanos sin tener en cuenta el concepto de dignidad humana, ya que son exigencias éticas de ella. Articular las funciones del médico con los derechos del paciente, la equidad ética y de género para que desde el ámbito de la salud contribuir a deconstruir la inequidad que condicionan el acceso a los recursos, los cuales garantizan una vida digna, como por ejemplo el acceso a la salud, el mismo que debe ser de una manera prioritaria y respetuosa con los derechos humanos y susceptible de las realidades individuales de cada paciente y sus familias. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador abarcan garantías para la autonomía y dignidad de las mujeres en cada etapa de su vida, especialmente en todo lo relacionado a sus cuerpos, como, por ejemplo: acceso a la información, la salud y la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción.

A nivel nacional, la Constitución de la República del Ecuador reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos fundamentales. En su Artículo 66, se establece el derecho de las personas a decidir libremente sobre su vida sexual y reproductiva, así como el acceso a la salud integral, que incluye servicios de planificación familiar y atención prenatal y obstétrica.

Además, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2014) de Ecuador protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres al penalizar la violencia y el acoso sexual, el embarazo forzado y otras maneras de ejercer violencia de género. Asimismo, la Ley Orgánica de Salud establece el derecho de las mujeres a recibir atención integral en salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios de educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos y atención durante el embarazo y el parto.

En el ámbito internacional, Ecuador es signatario de diversos tratados y convenciones que protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Estos instrumentos internacionales instan a los Estados a garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, la igualdad de género y el respeto a la individualidad de las mujeres al momento de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida.

A pesar de estos avances legales, aún existen desafíos en la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador. La falta de acceso a servicios de salud sexual

y reproductiva de calidad, la persistencia de estereotipos de género y la violencia de género son algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres en el ejercicio pleno de sus derechos. Por tanto, es necesario seguir trabajando en la implementación de políticas públicas integrales, la sensibilización de la sociedad y la promoción de la igualdad de género para garantizar que todas las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad y dignidad.

Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2019) insiste en que «El maltrato, la mala práctica médica, o la falta de respeto durante el parto pueden considerarse como en una vulneración de los derechos humanos, contemplados en los diferentes cuerpos normativos y los principios internacionales de derechos humanos»

En la actualidad, un tema de gran revuelo ha sido la penalización del aborto por decisión de las mujeres, siendo estas estigmatizadas y violentadas por personal del sector salud al momento de practicarles el aborto o tan solo cuando se piden informes sobre esta práctica, además de que las mujeres son violentadas por el personal médico que en ese momento les atienden, sino de todo el conglomerado de las instituciones de salud, como médicos, enfermeras que los asisten y personal de dirección. El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos” (World Health Organization, 1992).

Si bien, la mujer como sujeto de derechos, tiene el derecho a la protección de la salud como es mencionado en la Constitución, por qué se le tiene que orillar a que ponga en riesgo su integridad física y psicológica y al mismo tiempo su vida, porque realmente el Estado no está reconociendo este derecho por y para las mujeres y por tanto se tienen que practicar el aborto en condiciones insalubres y que denigran la calidad humana. Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones (Aguirre, 2022).

“Los derechos reproductivos contemplan derechos humanos que ya constan en leyes tanto nacionales como internacionales. Los mismos que, consisten en el reconocimiento básico a decidir

libre y de manera responsable su planificación familiar sin sufrir discriminación alguna de acuerdo con lo establecido en los documentos de derechos humanos.” (Galdos Silva, 2013).

Entre estos se encuentran:

- > Gozar la sexualidad de manera separada de la idea de reproducción.
- > No sufrir de discriminación, en las decisiones sexuales.
- > Tener acceso a educación sexual informada.
- > Tener acceso a servicios médicos de calidad, adecuada y digna para la salud de las mujeres.

Violencia obstétrica

> Decidir libremente respecto de la reproducción, es decir, de manera informada, libre de presión, discriminación y violencia si se desea o no tener descendencia; cuánta y el intervalo de tiempo entre los nacimientos; anticoncepción de emergencia; educación sexual y reproductiva; interrupción del embarazo.

- > Contar con atención en temas de fertilidad (reproducción asistida).

1.5 Relación entre violencia obstétrica y Derechos Sexuales y Reproductivos.

La autonomía del cuerpo de la mujer es un principio fundamental de los derechos humanos que reconoce su capacidad para tomar decisiones libres y autónomas sobre su propio cuerpo, su salud y su vida en general. Este concepto se encuentra estrechamente vinculado a los derechos sexuales y reproductivos, así como a la igualdad de género y al empoderamiento de las mujeres.

La autonomía del cuerpo de la mujer implica varios aspectos importantes:

Autonomía reproductiva: Las mujeres tienen el derecho a decidir si quieren tener hijos, cuántos hijos desean tener y el momento en que desean tenerlos. Esto incluye el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, así como la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos, acceder a la atención prenatal y decidir sobre el aborto en condiciones seguras y legales.

Autonomía durante el parto: Las mujeres tienen el derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su parto y a recibir un trato respetuoso y digno durante este proceso. Esto implica el derecho a recibir información completa y comprensible sobre las opciones de

atención médica disponibles, así como el derecho a dar su consentimiento informado antes de cualquier intervención médica.

Autonomía corporal: Las mujeres tienen el derecho a controlar su propio cuerpo y a decidir sobre cuestiones relacionadas con su apariencia física, su salud y su bienestar. Esto incluye el derecho a negarse a someterse a procedimientos médicos no deseados, a recibir tratamiento médico con respeto a su dignidad y a su intimidad, y a decidir sobre cirugías estéticas o reconstructivas, entre otros aspectos.

Promover y proteger la autonomía del cuerpo de la mujer es fundamental para garantizar su dignidad, su bienestar y su pleno ejercicio de los derechos humanos. Esto requiere acciones a nivel legal, político, social y cultural para eliminar las barreras y las formas de discriminación que limitan la libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

El concepto de soberanía del cuerpo en la maternidad se refiere al derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y su salud durante el embarazo, el parto y el postparto. Esta idea reconoce que las mujeres son las principales protagonistas de su experiencia maternal y que tienen el derecho fundamental de controlar lo que sucede en su cuerpo y en su proceso reproductivo. Promover y proteger la soberanía del cuerpo en la maternidad es fundamental para garantizar el respeto a los derechos humanos de las mujeres y para promover una maternidad segura, respetada y empoderada. Esto implica reconocer y valorar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su propio cuerpo y su proceso reproductivo, así como asegurar que tengan acceso a servicios de salud de calidad y a un entorno de apoyo que respete su dignidad y su autonomía.

1.6 Impacto de la Violencia obstétrica en la salud física y mental de las mujeres.

La violencia obstétrica deja consecuencias muy graves para las mujeres que la sufren, que en muchos casos pueden llegar a ser irreversibles. Estas pueden ser físicas, psicológicas, económicas, sociales, entre otras. Con respecto a las secuelas físicas, estas se pueden presentar de varias maneras, como por ejemplo la dificultad a la hora de la lactancia, que puede ocurrir por el uso excesivo de antibióticos u otros medicamentos que producen efectos secundarios. También, el abuso de procedimientos invasivos como las cesáreas, que muchas veces se realizan de manera

peligrosa y sin el consentimiento de la mujer, teniendo en cuenta que este tipo de procedimientos trae consigo altos riesgos de mortalidad, tanto para la madre, como para el recién nacido. El parto es un acontecimiento que se presta a la sobre medicalización, desde el momento en que los médicos empezaron a ocuparse de los nacimientos y las mujeres y sus familias se muestran dispuestas a seguir sus consejos cuando les recomiendan intervenciones presentadas como importantes para la vida de la madre y el niño. Es indudable que muchos procedimientos médicos salvan vidas y son precisos, pero las intervenciones innecesarias pueden provocar gratuitamente daños y gastos, y pueden tener graves consecuencias.

Por otro lado, las consecuencias psicológicas no son menores, existen varios estudios que concluyen que la violencia obstétrica está directamente relacionada con la depresión posparto, estrés postraumático, depresión, trastornos alimenticios, ansiedad, perturbación del sueño, y muchas otras. Así pues, cuando se produce violencia obstétrica, las mujeres perciben que el parto ha sido traumático o negativo y manifiestan “sentirse desempoderadas” (Murialdo, 2020). Dicha percepción afecta directamente a la autoestima y autoconcepto de la mujer (Osorio, V. y Saraceno, F, 2019). Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños. Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.

Es por esto que es de suma importancia el poder modificar el prototipo de atención obstétrica dentro de las funciones a desempeñar por parte de los profesionales de salud para que de esta manera puedan entender la urgencia de eliminar la violencia obstétrica a partir de la implementación de un enfoque de género. Para lograr esto se necesita proveer a los mecanismos de detección de casos de violencia obstétrica.

CAPÍTULO 2: NORMATIVA INTERNACIONAL, NACIONAL Y SU REGULACIÓN EN EL CONTEXTO ECUATORIANO.

2.1 Responsabilidad de los profesionales de la salud.

Con respecto a la responsabilidad, Guillermo Cabanellas de Torres establece que: “La responsabilidad consiste en el mandato de enmendar el daño ocasionado”. (Cabanellas de Torres, 2005).

Samuel Gajardo dice: “De acuerdo con los diferentes principios generales de Derecho, todo individuo está obligado a responder por los daños que con su accionar causa a terceros”. (Gajardo, 1939).

Así mismo, Lacassagne establece que la responsabilidad médica es: “Toda obligación para los médicos acarrear con los frutos de sus actos cometidos en el ejercicio de sus funciones profesionales, que pueden obtener sanciones tanto civiles como penales.”

Norberto Montanelli con respecto a la responsabilidad médica, señala que: “Esta solo se hace visible cuando no se observa los deberes u obligaciones inherentes al profesional, al que como sanción coercitiva por dicha inconducta el Derecho aplica normas jurídicas”. (Montanelli, 2007).

Luis Alfonso Vélez Correa y Juan José Sarmiento Díaz señalan que: “La responsabilidad moral es una naturaleza que proviene de la individualidad del ser humano. Por eso somos responsables de nuestro comportamiento “. (Vélez, Sarmiento, 2003).

Los profesionales de la salud en el ejercicio de sus facultades, deben tener en cuenta el bienestar de la o del paciente, de modo que este reciba una atención de calidad, garantizando sus derechos fundamentales, como lo es el derecho a la salud de calidad. Es por esto que, según El Código Internacional de la Ética Médica (Asociación Médica Mundial, 1949), los médicos deben cumplir con lo siguiente:

- 1) El médico tiene la obligación ética de cumplir con una formación de calidad para el desarrollo de sus funciones.
- 2) El médico tiene que ser respetuoso con su paciente.
- 3) Debe respetar la privacidad del paciente, es decir, abordar temas únicamente que conciernan la salud del paciente.
- 4) El médico está obligado a ofrecer atención medica desde el momento que es requerido por el enfermo y debe brindarle todos los cuidados que se requieran para su mejora, teniendo como responsabilidad primordial conservar la vida del enfermo.
- 5) Debe llevar ficha clínica de cada uno de sus pacientes.
- 6) El médico debe comunicar a las familias y al enfermo, en casos graves.
- 7) El médico debe respetar las creencias religiosas e ideológicas del enfermo.
- 8) El médico no realizará ninguna intervención quirúrgica o tratamiento sin previa autorización escrita del enfermo o de sus familiares, a no ser en caso de emergencia comprobada.

9) El médico tiene la obligación de informar al paciente o a los familiares, sobre el diagnóstico, pronóstico y la posibilidad de tratamiento en forma clara, leal, inteligible, adecuado con el estado y nivel del paciente refiriéndose exclusivamente a la enfermedad encontrada.

10) El médico tiene la obligación de realizar todo procedimiento clínico o quirúrgico complejo, en centros de clínicas y hospitales, con los elementos clínicos adecuados para el procedimiento.

Con respecto a la responsabilidad de los profesionales de la salud en el país, podemos destacar que, en 1942 se crea la Federación Médica del Ecuador y en 1946 Ecuador empieza a formar parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Así mismo, en 1967 se desarrolla el Ministerio de Salud; en 1968 surgirá el Seguro Social Campesino y en 1967 la Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador crea el Ministerio de Salud Pública.

Por, el primer Código Penal del Ecuador de 1837 señalaba que las responsabilidades de los médicos tenían la obligación por primera vez en el país de comunicar a las autoridades competentes, en caso de atender a pacientes con signos de violencia y si el médico no cumplía se le sancionaba con una multa y prisión.

También se reguló la mala praxis médica en una figura penal, en la cual debía responder por su actuar culposo por su falta de atención y cuidado.

El sexto Código Penal del Ecuador de 1971 abarcaba la responsabilidad de los profesionales de la salud en los siguientes artículos: (1971)

“Art. 30-1.- En el caso de delitos sexuales y de trata de personas, se considerarán como circunstancias agravantes, cuando no fueren constitutivas o modificatorias de la infracción y se aplicarán sin perjuicio de las circunstancias agravantes generales señaladas en el artículo anterior, las siguientes: en el numeral 11. Si el delito ha sido cometido por funcionarios públicos, docentes o ministros de algún culto, que han abusado de su posición para cometerlo, por profesionales de la salud y personas responsables en la atención del cuidado del paciente; o cualquier otra clase de profesional o persona que hubiere abusado de su función o cargo para cometer el delito.”

“Art. 156.- Los médicos, enfermeras, farmacéuticos, practicantes, empleados de casas de salud o propietarios de farmacias o droguerías que, desobedeciendo órdenes de autoridad competente, paralizaren los servicios o se abstuvieren de prestar su colaboración a los que necesitaren de ellos, serán reprimidos con prisión de uno a cinco años y multa de treinta y cinco a setenta dólares de los Estados Unidos de Norte América.”

“Art. 293.- Todo médico, cirujano, dentista, obstetrix, o cualquier otra persona que, en el ejercicio de profesión sanitaria, al prestar servicios profesionales, descubriere un hecho que presente los caracteres de un delito y no lo denunciare a la policía o a un juez de instrucción, será reprimido con multa de ocho a setenta y siete dólares de los Estados Unidos de Norte América, menos que la denuncia pueda acarrear responsabilidad penal a la persona asistida.”

Debemos tener en cuenta los elementos constitutivos de la responsabilidad de los médicos, que detalla Yungano, A. R. en su libro: Responsabilidad profesional de los médicos (Yungano, 1982):

A. Obligación prexistente: Es el elemento más importante dentro de la responsabilidad médica en las situaciones en que la falta de atención médica u otros servicios que se esperan dentro de las instituciones de salud, constituyen el origen de un perjuicio, es decir que, no cumplir con lo que se espera, lo cual proviene de una obligación exigida por la ley.

B. Falta médica: Se entiende como la, la falta de atención, negligencia de las normas del código ético médico, las faltas médicas se clasifican en:

1. Falta leve -. Consiste en cometer cualquier acción sin tener una prudencia y cuidado igual o superior al que se tiene con lo asuntos personales.

2. Falta grave-. Consecuencias de la imprudencia, cuando un individuo actúa con exceso de confianza, de modo que se comete una falta de precaución en su conducta. Impericia que es la ignorancia inexcusable, consiste en la ineptitud técnica y física, también la falta de actualización sobre los saberes médicos.

3. Falta gravísima llamada también falta grosera por Lacassagne, que se comete por la falta de los conocimientos básicos de la medicina.

C. Daño ocasionado: Para que exista responsabilidad se necesita que exista un perjuicio. Las personas que pueden ser perjudicadas son las siguientes:

1) El propio enfermo;

2) Los deudos del enfermo; en este caso los perjuicios son exclusivamente de orden moral y económico, tal sucede con la muerte del enfermo.

D. Relación de causalidad: Para que pueda existir la responsabilidad tiene que haber la relación de causalidad entre la acción u omisión realizada cometida por el profesional de la salud y el daño ocasionado.

E. Imputabilidad El médico debe ser reconocido como culpable.

D. La responsabilidad civil: Es una obligación que nace de la ley, de los contratos, cuasi-contratos, de los actos y omisiones ilícitas, en los que intervengan cualquier especie de culpa y negligencia, la responsabilidad civil se concreta fundamentalmente en la indemnización de los daños y perjuicios a la que quedan sujetos los que fueren causa de haber incurrido en dolo, negligencia o morosidad en el cumplimiento de las obligaciones.

El Código Internacional de Ética Médica fue la primera mención legal para que el médico respete los derechos de sus pacientes y tenga como obligación primordial la de preservar la vida humana.

La reflexión sobre el abordaje de los profesionales de salud de casos de violencia es fundamental en la actualidad.

Normativa Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

La inclusión de ciertos derechos sexuales y reproductivos en la Constitución Ecuatoriana de 1998 representó un hito muy significativo en la redefinición de los derechos humanos y su influencia en diversos aspectos sociales. Es fundamental mencionar como antecedente histórico del desarrollo constitucional ecuatoriano en materia de derechos sexuales, la declaratoria de inconstitucionalidad del delito de homosexualidad que estaba establecido en el artículo 516 del Código Penal. Aunque no se rescata explícitamente los principios de derechos humanos, es innegable el avance logrado, ya que permitió un proceso de articulación entre las organizaciones LGBT y de mujeres, quienes jugaron un papel crucial en las discusiones sobre derechos sexuales y reproductivos durante la Asamblea de 1998, lo que resultó en el reconocimiento constitucional de algunos derechos. Tradicionalmente, el cuerpo y las expresiones de la sexualidad de las personas han sido objetos de control social, entendido como "el conjunto de sistemas normativos como la religión, ética, cuyos portadores, a través de procesos selectivos y discriminatorios establecen una red de restricciones que garantizan el sometimiento de las masas a los valores de un sistema de dominación".

Este control opera en dos niveles. Educativo o formativo persuasivo (primario), en el que intervienen la familia, la educación formal, la iglesia, los medios de comunicación, etc. El objetivo de este primer nivel de control es interiorizar en las personas valores y normas de comportamiento. En un segundo nivel, actúa el control represivo (secundario), que se manifiesta cuando surgen

comportamientos no conformes a los valores y normas exigidos en el primer nivel. El control social puede ser difuso, como cuando opera a través de los medios de comunicación, o institucionalizado, cuando intervienen la familia, las instituciones educativas, las instituciones psiquiátricas, el sistema penal, etc. El sistema penal es una de las formas más violentas de control social, pues está "legitimado" para restringir derechos e imponer dolor a las personas. Este sistema comprende el conjunto de agencias que ejecutan el proceso de criminalización o que contribuyen a su producción.

Los derechos sexuales y reproductivos se reconocen por primera vez en Ecuador, en la Carta Constitucional de 1998. Fue por mérito de los movimientos sociales, en particular por los de mujeres, es decir movimientos feministas que han luchado por los derechos humanos en general históricamente. También influyó lo que estaba ocurriendo en el ámbito internacional en ese tiempo, específicamente los objetivos de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo 94) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 95), convocadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Como señala Yuval-Davis (2004), la lucha de las mujeres por los derechos reproductivos son el eje de las luchas feministas. Al mencionar el proceso de la Asamblea Constituyente de 1998, Martha Cecilia Ruiz (1999) señala que, para las muchas mujeres, el trabajo no empezó en esta Asamblea sino en mayo de 1996, las organizaciones presentaron la Agenda Política de las Mujeres del Ecuador, en la que se incorporaron planteamientos sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Un acto de suma importancia que aparece en ese contexto en el Ecuador, fue la reivindicación de los derechos sexuales entendidos separados de los derechos reproductivos. Según Judith Salgado (2005), el primordial detonador de tal reivindicación fue la acción de inconstitucionalidad del artículo que penalizaba la homosexualidad, en 1997, pues por primera vez se trataron los derechos sexuales como derechos humanos. Sin embargo, también señala que parte de la argumentación del Tribunal Constitucional fue sobre ideas moralistas y sumamente conservadoras que sostienen una idea de aceptación de la homosexualidad, siempre y ocurra de manera privada, es decir que los homosexuales debían ocultarse, con el fundamento de que era una acción que podía llegar a alterar lo que se entiende como familia tradicional. Para Salgado, si bien esta sentencia fue clave para el posterior reconocimiento de la no discriminación por orientación

sexual en la Constitución de 1998, “la resolución evidencia una ideología homofóbica y heterosexista que acepta la no represión de homosexuales, pero condiciona el despliegue de su identidad sexual al ámbito de lo privado argumentando un conflicto de derechos inexistente”.

En el caso de las mujeres, la ciudadanía es un espacio de disputa que siempre pasa por un cuestionamiento formal a la biología. Así, el proceso constituyente incluyó en sus debates, por una parte, la identificación exclusiva de ellas con su rol materno, de sujeto dócil y débil y, por otra, la reivindicación del derecho a una sexualidad placentera (Vance, 1989), al control del cuerpo, a decidir sobre la maternidad y participar, equitativamente, en los espacios públicos de toma de decisiones.

La relación entre sexualidad-ciudadanía crea un logro importante del feminismo, pues ha logrado el traslado de la sexualidad y la reproducción de lo privado a lo público. Los derechos sexuales tienen su fundamento en la autodeterminación para el ejercicio de la sexualidad, en todas sus dimensiones y entendida como individual, no necesariamente ligada necesariamente a la maternidad. Mientras que los derechos reproductivos se fundamentan en el reconocimiento de la potestad de decidir libre y de manera informada sobre la vida reproductiva.

La Constitución de la República (2008) reconoce los siguientes derechos sobre la sexualidad y derechos reproductivos:

Art. 23.- Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes:

La igualdad ante la ley. Todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación en razón de nacimiento, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma; religión, filiación política, posición económica, orientación sexual; estado de salud, discapacidad, o diferencia de cualquier otra índole”.

El derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual:

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

2.3 Normativas sobre el consentimiento informado y la toma de decisiones en el embarazo y el parto.

Se define al consentimiento informado como el “Proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación entre un médico y su paciente, mediante el cual un individuo en el ejercicio de su voluntad, acepta, niega o revoca una intervención de salud” (*Acuerdo Ministerial 5316. R.O. 510. 22-02-2016*), 2016).

Con respecto a las condiciones del consentimiento informado, se señalan las siguientes:

1. Disponer de información suficiente: Se debe brindar la información que sea necesaria para que el paciente pueda tomar una decisión.

2. Comprender la información adecuadamente: El médico está obligado a comunicar el diagnóstico de su paciente y asegurarse de que el individuo entiende lo que se le comunica, para que de esa manera el paciente pueda tomar una decisión con respecto a su tratamiento.

3. Ser capaz de tomar la decisión en cuestión: Corresponde al médico responsable determinar si el paciente es capaz o no de tomar la decisión en cuestión. Existe capacidad para decidir cuándo se posee un conjunto de aptitudes para: 1. Darse cuenta de la situación y de las expectativas razonables. 2. Comprender la información relevante. 3. Razonar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con los objetivos personales y con los valores propios. 4. Comunicarse, verbalmente o no, con el personal sanitario.

Con respecto a la normativa sobre el consentimiento informado en Ecuador; la Constitución en su artículo 362 establece: “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”.

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 7 (2006) señala: “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, los siguientes derechos:

(...) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos

establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.

-Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública”.

También la Ley de Derechos y Amparo al Paciente en su artículo 6 establece: “Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias, el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

Del mismo modo el Código de la Niñez y Adolescencia (Congreso Nacional, 2003): Art. 60.- Derecho a ser consultados. -Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser consultados en todos los asuntos que les afecten. Esta opinión se tendrá en cuenta en la medida de su edad y madurez.

Según el Acuerdo Ministerial 5316 Registro Oficial 510 (2016) establece que: “El consentimiento informado se aplicará en diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique a su paciente en qué consta el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene. Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, el consentimiento debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica.”

Por otro lado, otros cuerpos legales recogen la definición del consentimiento informado como es el caso de la Ley que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en caso de Violación (2022) en su Art.7.- Definiciones.- “Para los efectos de esta ley, se entenderá por: a) Consentimiento informado.- “Proceso de comunicación dinámico que recorre toda la atención y está enmarcado en los principios de autonomía de las personas, confidencialidad, privacidad y acceso a la información. Forma parte de la relación del profesional de salud y la paciente. Por medio del consentimiento informado, una persona acepta, niega o revoca una intervención de salud. Consiste en un proceso deliberativo, que se realiza con una paciente de forma voluntaria, en el cual el personal de salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene por razones de riesgo a la salud materna”.

Para que el consentimiento tenga valor, se debe expresar antes de cualquier acto médico; darse sin violencia o bajo el uso de la fuerza, sin amenazas, desinformación, dolo o engaño, es decir este debe ser concedido por el paciente de forma libre, voluntaria, informada y autónoma; debe ser personal; tras obtener información completa, comprensible.

2.4 Normativa Internacional para la erradicación de la Violencia Obstétrica.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y las Mujeres, en el año 1948 comienza a dar paso a la protección de la maternidad a través del artículo 7, que manifiesta que “toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales”. De igual manera el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) ratifica la importancia de la protección a las mujeres en su etapa de embarazo, parto y después del parto.

En el contexto latinoamericano, existen algunos países que han incorporado regulaciones y normativas para combatir la violencia obstétrica. En el año 2007, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela es el primer país en América del Sur en penalizar la violencia obstétrica a través de su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, donde la violencia obstétrica es considerada una forma de violencia y que se entiende como: La objetivización del cuerpo y procesos reproductivos, que se expresa en un trato inhumano, lo que impide a las mujeres decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, afectando la calidad de vida de las mujeres (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, art. 15, numeral 13).

Del mismo modo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2019, por medio de su Asamblea General, emitió un informe sobre la violencia contra la mujer, desde la perspectiva de los derechos humanos dentro del área de salud reproductiva, específicamente en los procesos del embarazo, parto y posparto

A nivel internacional, los derechos humanos han sido incorporados en diversos instrumentos jurídicos, muchos de ellos de carácter vinculante para los Estados. Aunque no existe un instrumento internacional específico que recoja los derechos sexuales y reproductivos, estos derechos se abordan en algunos de los derechos humanos reconocidos globalmente. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo incluye una definición que resalta algunas bases jurídicas de los derechos reproductivos: "los derechos reproductivos

abarcen ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, conforme a lo establecido en los documentos de derechos humanos".

La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer también estableció la relación entre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos: "Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sobre estas cuestiones, sin coerción, discriminación ni violencia". A nivel internacional, se deja claro un logro en la discusión y reflexión sobre los derechos reproductivos, en contraste con los derechos sexuales. Se cuestiona si este hecho refleja estereotipos patriarcales que describen a las mujeres como seres débiles y vulnerables, lo cual impide la discusión sobre el placer y la sexualidad como aspectos sobre los cuales las personas pueden tomar decisiones.

Otros organismos, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, también han realizado aportes significativos. Uno de los casos que ha promovido la discusión sobre el principio de consentimiento informado en el ejercicio de los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos es el de Mamerita Mestanza contra el Estado Peruano, admitido por la Comisión Interamericana. Este órgano declaró su competencia, considerando que los hechos referidos podrían constituir una violación a los derechos protegidos por la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención de Belem do Pará.

Los instrumentos internacionales hasta ahora mencionados muestran que hasta la actualidad la violencia obstétrica no ha sido considerada como un problema que debe ser solucionado, por lo que se le resta interés.

2.5 Análisis de la eficacia de la legislación existente.

En materia de Derechos Sexuales y Reproductivos y de salud en general, el Ecuador ha logrado un gran avance. La Carta Magna de 1998 no satisfacía las necesidades de los ecuatorianos, y es reemplazada por la actual Constitución de la República de Ecuador (2008), la cual tiene un claro enfoque garantista de derecho por lo que amolda a la demanda y necesidades de la nueva sociedad.

Específicamente, se determina que: (...) El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución de la República de Ecuador 2008, art. 32).

A su vez la Constitución garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el derecho a la protección prioritaria y cuidado de la salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto (Constitución de la República 2008, art. 43).

La Carta Magna también garantiza: (...) 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 (Constitución de la República 2008, art 66).

En otras palabras, el Estado garantiza a todos sus ciudadanos el derecho a la salud y libertad, ya sea que acudan a las entidades públicas o privadas, el Estado debe garantizar el acceso a la salud, de manera que no se violen sus derechos. Otro logro importante del Estado ecuatoriano en materia de salud pública es la implementación de la Ley Orgánica de Salud (LOS), que reconoce a la violencia como un problema de salud pública.

En el año 2014 se publica el nuevo Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (COIP) con el objetivo de reformar las leyes ecuatorianas y ser adaptadas a las necesidades actuales que tiene la población, además de que estas resulten precisas y claras al momento de ejercerse. Mediante este código se hace referencia a la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, en el que COIP considera a la violencia como “toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico

o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar” (COIP, 2014).

Sin embargo, el COIP no cuenta con un artículo específico sobre la violencia obstétrica, pese a que existen normativas internacionales que hacen la recomendación de la implementación de regulaciones en el ámbito legal para combatir y erradicar la violencia obstétrica en el Estado, como por ejemplo la CEDAW, hace la recomendación al Estado ecuatoriano de que se implemente el registro de violencia gineco-obstétrica al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) para facilitar el registro y diagnóstico en víctimas de violencia obstétrica.

Nuestro código no cuenta con una penalización si se ejerce este tipo de violencia; no obstante, sí hace referencia a la mala práctica profesional que mediante su ejercicio o práctica ocasione la muerte de una persona. Esta tendrá una pena privativa de libertad de uno a tres años. (COIP 2014, art 146).

Por otro lado, la Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto en el año 2016, cuyo objetivo principal es fomentar en el país una forma más digna del parto y de modo que se tenga en cuenta los derechos de las mujeres, es decir, que el mandato principal sea la necesidad de la madre.

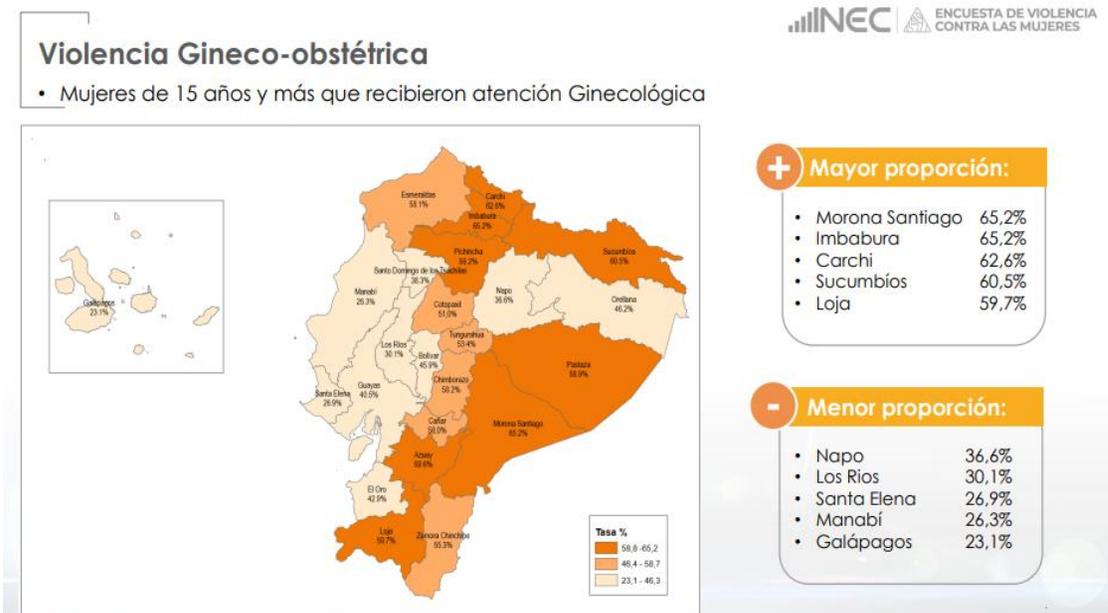
Mediante esta ley se comienza a dar un papel más importante a la violencia obstétrica, la define como “toda acción u omisión que se exprese en maltrato, abuso de medicalización y / o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio como una patología” (2016).

En definitiva, por medio del Informe Sombra de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de la CEDAW se pudo evidenciar que no se tiene una ley específica que proteja a las mujeres de experimentar situaciones de violencia obstétrica, evidenciado que las recomendaciones no se implementan por parte del Estado ecuatoriano. Debido a la problemática que atraviesa Ecuador en el ámbito de violencia de género, en el año 2018 se crea la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, a través de la cual se comienza a dar una definición más amplia de violencia ginecoobstétrica, considerando no solo a las mujeres en su etapa de embarazo, parto y postparto, sino incluyendo también a toda mujer que sufra una acción u omisión de sus derechos en torno a la salud, por el mismo hecho de ser mujer.

La violencia gineco-obstétrica está presente en todo el territorio ecuatoriano; la tasa de violencia más alta oscila entre el 58,8 – 65,2 %, con la provincia de Morona Santiago como la de

mayor porcentaje, esta provincia es la más violentada en la atención médica, continuando con la provincia de Esmeraldas, la que se encuentra en un rango medio de violencia con un porcentaje de 58,1 %. Con una tasa inferior de 23,1% de violencia gineco–obstétrica, está la Región Insular.

Figura 1. Violencia gineco-obstétrica por provincias en Ecuador.



Nota: (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019).

Es por esto que se considera evidente que a pesar de los avances logrados en el país, con respecto a los derechos sexuales y reproductivos y la erradicación de la violencia obstétrica, la realidad que viven las mujeres a nivel nacional sigue siendo lamentable, reiterando que las personas de menores recursos económicos, nivel de educación y de sectores más vulnerables son las más afectadas, ya que por falta de conocimiento las mujeres permiten que el personal de salud violenten sus derechos en el ejercicio de sus funciones. La violencia obstétrica y gineco-obstétrica en Ecuador es un tipo de violencia que ha sido naturalizada a lo largo de la vida de las mujeres, y se cuenta con muy pocos convenios internacionales para erradicarla. El Estado ha comenzado a tomar más conciencia de lo que pasa con las mujeres en la atención médica, mediante la creación de leyes para su protección en los diferentes servicios médicos. De igual manera, con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se llegó a tener por primera vez datos estadísticos que nos hacen palpar la realidad que se vive en el sector salud: son las mujeres indígenas, rurales y analfabetas quienes han experimentado principalmente este tipo de abuso. A pesar de que el país cuenta con leyes que amparan a las mujeres, no se ha podido observar si estas son realmente ejecutadas por el

personal de salud, debido a que algunas guías técnicas y protocolos se centran en la violencia de género y otros tipos de violencia, mas no en la violencia obstétrica, que en el contexto de leyes solo se cuenta con su definición.

El COIP no cuenta con una definición, ni mucho menos con una tipificación o sanción hacia el personal médico por ejecutar este tipo de violencia. El Estado debe proporcionar mucha más información de lo que pasa con las mujeres a la hora de su atención médica obstétrica y seguir trabajando para poder tener una política pública que erradique esta violencia, ya que al ser naturalizada no se la trata como un problema de salud pública.

En cuanto a lo normativo, son pocas las normativas internacionales que toman interés de este tipo de violencia, debido a que no hay estudios que puedan llamar la atención. A través de las normativas internacionales los Estados que pertenecen a convenios internacionales para erradicar la violencia han comenzado a plantearse estudios y leyes para erradicar la misma. Además, en Ecuador la violencia obstétrica ha sido naturalizada a lo largo de la vida de las mujeres, es así que se cuenta con pocas herramientas que sirvan en este tipo de problemática. El análisis de la eficacia de la legislación existente sobre derechos sexuales y reproductivos en Ecuador es crucial para evaluar si las leyes y políticas actuales están protegiendo adecuadamente los derechos de las personas en estas áreas y si están siendo implementadas de manera efectiva.

Sin embargo, existen desafíos significativos en la implementación efectiva de estos derechos. Muchas personas, especialmente aquellas en zonas rurales o de bajos recursos, enfrentan barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la falta de instalaciones adecuadas, la escasez de personal capacitado y la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Por otro lado, es muy importante hablar sobre la educación sexual integral, que juega un papel fundamental dentro del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, su implementación en Ecuador ha sido inconsistente y limitada. Si bien existe un marco legal que establece la obligación de proporcionar educación sexual integral en las escuelas, en la práctica, esta educación es insuficiente y en ocasiones está sujeta a la censura o la influencia de grupos conservadores.

Del mismo modo, las mujeres en Ecuador enfrentan desafíos significativos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, pues la falta de acceso a servicios de aborto seguro y legal es uno de

los principales obstáculos, lo que lleva a un alto índice de abortos clandestinos y a riesgos para la salud y la vida de las mujeres.

En resumen, si bien Ecuador cuenta con un marco legal que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos, existen desafíos significativos en la implementación efectiva de estos derechos. Es necesario adoptar medidas adicionales para garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, promover la educación sexual integral, proteger los derechos reproductivos de las mujeres y abordar la violencia obstétrica y otras formas de violación de derechos en este ámbito.

2.6 Obstáculos y deficiencias en la aplicación de la normativa.

En Ecuador, a pesar de contar con normativas que prohíben la violencia obstétrica y protegen los derechos de las mujeres durante los procesos del embarazo, el parto y el posparto, existen obstáculos y deficiencias significativas en la aplicación efectiva de esta normativa. La falta de conocimiento y sensibilización es uno de los principales obstáculos entre los profesionales de la salud, las mujeres y la sociedad en general. Muchas personas desconocen qué constituye la violencia obstétrica y cómo identificarla, lo que dificulta la denuncia y la prevención de estos casos.

A menudo, los casos de violencia obstétrica no son denunciados o investigados adecuadamente, lo que lleva a la impunidad de los perpetradores y a la falta de responsabilidad por sus acciones. Esto puede deberse a la falta de protocolos claros para abordar la violencia obstétrica, así como también a la falta de capacitación y sensibilización del personal de salud en este tema.

Además, las mujeres que si se atreven a denunciar los casos de violencia obstétrica pueden enfrentar estigmatización y discriminación por parte de los profesionales de la salud y la comunidad en general. Esto puede desalentar a las mujeres a denunciar los abusos y perpetuar un ciclo de violencia y silencio.

Otro de los obstáculos, es que en muchos hospitales y centros de salud en Ecuador carecen de los recursos y la capacitación necesarios para proporcionar atención de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto. La falta de personal capacitado, de equipamiento adecuado y de protocolos claros para abordar la violencia obstétrica puede contribuir a la perpetuación de estos abusos. Y no solo por falta de recursos en las entidades de salud, sino que también las mujeres que viven en áreas rurales o de bajos recursos pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a

atención médica durante el embarazo y el parto. La falta de acceso a servicios de salud de calidad, así como también las barreras socioeconómicas y culturales, pueden aumentar el riesgo de violencia obstétrica y dificultar la denuncia de estos casos.

Y la presencia del machismo y el sexismo, latentes en las estructuras sociales y en las instituciones públicas, devela una violencia institucional y sistémica que actúa e impide que haya una igualdad de género efectiva sobre el derecho a la salud, pues las mujeres siguen siendo discriminadas y violentadas a la hora de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Así que, a pesar de contar con normativas que prohíben la violencia obstétrica en Ecuador, existen numerosos obstáculos y deficiencias en la aplicación efectiva de esta normativa. Es necesario adoptar medidas adicionales para sensibilizar y capacitar al personal de salud, promover una cultura de respeto y dignidad durante el embarazo y el parto, y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las mujeres, independientemente de su ubicación geográfica o situación socioeconómica.

CAPITULO 3: ACCIONES PARA COMBATIR LA VIOLENCIA OBSTETRICA Y PROMOVER LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3.1 Marco institucional y mecanismos de denuncia

Con respecto al marco institucional, la Constitución de la República del Ecuador: Garantiza el derecho a una vida libre de violencia para todas las personas, especialmente para mujeres y niñas. Establece la igualdad de derechos y la protección frente a cualquier forma de violencia (Artículos 66 y 70).

Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM) (2018):

Promulgada en 2018, esta ley contempla explícitamente la violencia obstétrica como una manera de violencia de género y señala parámetros para prevenirla y sancionarla.

Ministerio de Salud Pública (MSP): El MSP es responsable de implementar políticas y programas para garantizar la salud materna y neonatal, incluyendo la prevención de la violencia

obstétrica. A través de sus directrices y protocolos, promueve prácticas respetuosas y humanizadas en la atención del parto.

Defensoría del Pueblo: Esta institución tiene la función de velar por el respeto y la protección de los derechos humanos en Ecuador. Recibe y tramita denuncias relacionadas con violaciones de derechos, incluida la violencia obstétrica.

Mecanismos de Denuncia:

Defensoría del Pueblo: Las víctimas de violencia obstétrica pueden presentar una denuncia en cualquier oficina de la Defensoría del Pueblo. La denuncia puede ser presentada de manera verbal, escrita o en línea a través de su página web.

Ministerio de Salud Pública: El MSP tiene mecanismos internos para recibir quejas y denuncias sobre malas prácticas en los establecimientos de salud. Las denuncias pueden hacerse en las Unidades de

Fiscalía General del Estado: En casos donde la violencia obstétrica constituya un delito, las víctimas pueden presentar una denuncia ante la Fiscalía. La Fiscalía investiga y, si encuentra evidencias suficientes, procede con acciones legales contra los responsables.

Consejo Nacional para la Igualdad de Género: Este consejo promueve políticas de igualdad y puede recibir denuncias sobre violaciones a los derechos de las mujeres, incluyendo la violencia obstétrica.

Organizaciones de la sociedad civil y colectivos feministas: Diversas organizaciones ofrecen apoyo y asesoría a las víctimas de violencia obstétrica, ayudándolas a presentar denuncias y a acceder a los mecanismos de protección y justicia.

Procedimiento de Denuncia:

El procedimiento para presentar una denuncia de violencia obstétrica generalmente incluye los siguientes pasos:

Recolección de Evidencias: Es importante reunir cualquier tipo de evidencia que respalde la denuncia, como informes médicos, testimonios de testigos, y cualquier otro documento relevante.

Presentación de la Denuncia: La denuncia puede ser presentada ante cualquiera de las instituciones mencionadas. Es recomendable hacerlo lo antes posible después de los hechos.

Investigación: La entidad receptora de la denuncia llevará a cabo una investigación para determinar los hechos y la responsabilidad de los involucrados.

Resolución y Sanciones: En caso de comprobarse la violencia obstétrica, se tomarán las medidas correspondientes, que pueden incluir sanciones administrativas, civiles o penales contra los responsables.

Recursos de Apoyo

Las víctimas de violencia obstétrica pueden acceder a servicios de apoyo psicológico y legal ofrecidos por diversas instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. Estos servicios son cruciales para acompañar a las víctimas durante el proceso de denuncia y recuperación.

Es fundamental que las mujeres en Ecuador conozcan sus derechos y los mecanismos disponibles para protegerse de la violencia obstétrica y exigir una atención digna y respetuosa en los servicios de salud.

3.2 Procedimientos de denuncia y vías de acceso a la justicia

En lo que respecta a las denuncias, varias instituciones médicas, en donde se recibe a varias mujeres víctimas de violencia, no cumplen con la obligación de denunciar, debido a que existen obstáculos administrativos lo que impide cumplir. Otro problema consiste en que, las víctimas se encuentran atrapadas en relaciones de poder en donde se dificulta el hecho de acudir a los diferentes centros médicos, pues depende de otra persona. En estos casos, no existe una capacitación adecuada dentro de los profesionales que tratan a las víctimas, pues muchas veces son revictimizadas, y no son tratadas con respeto.

De acuerdo a la "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer", Los Estados Partes acordaron que:

"Establecer procedimientos legales que sean justos para la mujer víctima de violencia, incluyendo medidas de protección, un justo juicio garantizando el acceso efectivo a la justicia". (OEA, 1994, Artículo 7°). Así como "los mecanismos judiciales que se necesitan para garantizar que las mujeres que ha sido víctima de violencia tenga una reparación integral." (OEA, 1969).

Sin embargo, la vía para ejercer denuncias de violencia obstétrica se ve obstaculizada cuando los victimarios son los propios médicos especialmente en el área de gineco-obstetricia. Otro gran problema, es poca formación e interés en el tema y la poca perspectiva de género dentro de los funcionarios competentes que están a cargo de la investigación de estas denuncias. Se ha reflejado,

en las respuestas del Ministerio de Salud Pública con respecto a las denuncias, una falta de enfoque de género y la como reflejan sus prejuicios en las víctimas.

Un claro ejemplo, es cuando una mujer denuncia que ha sufrido maltrato psicológico, se desconfía de la mujer.

También las respuestas de las instituciones en donde se presentan las denunciadas no son las esperadas, ya que se cuestiona a la mujer por varias situaciones como, por ejemplo, el tiempo que se demoró en hacer la denuncia, o simplemente juzgan como exageración las vivencias relatadas, lo que termina causándoles más daño. Otra dificultad que enfrentan las mujeres que han sufrido violencia obstétrica en Ecuador, es el desconocimiento de los mecanismos de denuncia en estos casos. Además, la carencia de información adecuada sobre cuáles son sus derechos durante los procesos del embarazo, parto y posparto, complica también el acceso a la justicia.

Como señalan Birgin y Gherardi: "El derecho de acceso a la justicia es esencial si el objetivo es combatir la violencia en contra de las mujeres y la violencia de género en general. Existe una gran diferencia entre el reconocimiento de los diferentes derechos fundamentales de las mujeres; y su aplicación en el contexto actual, es decir, el gran desafío consiste en que los derechos que recogen los diferentes cuerpos normativos, con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el Ecuador, no siempre se ponen en práctica, o no se los aplica de manera eficaz. Lo que representa la mayor discriminación que enfrentan a la que se ven expuestas no solo las mujeres no sólo las mujeres, a todas las minorías de la sociedad." (Birgin, Gherardi, 2012).

Contemplando otro escenario, si la mujer que ha sido víctima acude a la vía civil, necesita tener pruebas irrefutables para que se creen en su testimonio, no existen marcas físicas evidentes g para la mujer o el bebé, podría tomarse un camino complicado. Apremiar las secuelas psicológicas o emocionales que acarrea este tipo de violencia puede ser difícil que obtenga una respuesta satisfactoria, una reparación integral e incluso la debida sanción para el profesional de la salud que le ha causado el daño.

La abogada española Francisca Fernández Guillen, señala lo siguiente:

" De la misma manera que se da la violencia doméstica, la que se produce en un proceso de parto sólo llama la atención y llega a las cortes, cuando es probada con lesiones físicas evidentes. Por lo que muchas veces, la realidad de muchas mujeres queda invisibilizada lo que pude dejar secuelas como por ejemplo, el síndrome de estrés postraumático" (Fernández, 2020).

Por ello, consultamos la Base de Jurisprudencia del país y se puede observar que no hay muchos casos de "violencia obstétrica". Y si buscamos sentencias los términos "parto" y "sin consentimiento" de manera conjunta, encontramos algunas sentencias, pero las mismas sentencias, que claramente se refieren a claras situaciones de violencia obstétrica, no se las trataron como tal.

Por otro lado, el Poder Judicial ha aceptado demandas relacionadas con intervenciones médicas excesivas en el campo obstétrico, especialmente en casos donde hubo consecuencias graves para la mujer, o resultaron en la muerte. No obstante, no han considerado suficientemente las pruebas sobre la falta de consentimiento o de información en prácticas obstétricas, excusándose en la urgencia de realizar tales intervenciones. Y de esa manera se concurre en una intervención excesivamente innecesaria que conduce a otra y así un ciclo sin terminar.

Asimismo, como surge de los fragmentos citados, los miembros de los Tribunales o de la Suprema Corte han permanecido indiferentes o desestimado los cuestionamientos en referencia la administración de sedantes durante el trabajo de parto, sin información o consentimiento. Inclusive cuando surge como justificación del suministro de dicho narcótico, el estado "descontrolado" de la mujer.

Además, como se desprende de los fragmentos citados, los miembros de los Tribunales o de la Suprema Corte han ignorado o desestimado las críticas sobre la administración de sedantes durante el trabajo de parto sin información o consentimiento. Incluso cuando se justifica el uso de sedantes por el "estado descontrolado" de la mujer.

Esto constituye, una legitimación tácita de una práctica machista: sedar a una mujer sin su consentimiento para que tener el control desde la perspectiva del médico, es un mecanismo donde se refleja el dominio dentro de una relación de poder y una clara pérdida de individualidad de la mujer en su proceso reproductivo. Como señalan algunos autores:

"A través de las relaciones en el contexto clínico se reproduce escenario patriarcal, bajo el cual las mujeres que están embarazadas deben obedecer ante las órdenes de los profesionales de salud" (Orozco, 2018).

"La atención médica durante el parto se basa en un tipo control simbólico del conocimiento: por un lado, se desacredita la información y el entendimiento que tienen las mujeres sobre su propio proceso de parto; y por otro, se mantiene un control estricto sobre la información que poseen los médicos acerca del diagnóstico de las pacientes, estructurando esta dinámica como una forma de poder simbólico dentro de un orden jerárquico." (Castrillo, 2016).

Terminando con el análisis, se puede decir que el reconocimiento normativo de la violencia obstétrica es un gran logro para las mujeres, sin embargo, queda mucho por cambiar en el contexto de derechos de las mujeres, del mismo modo que señalan diferentes autoras se establece que:

(...) "se entiende en la falta de políticas públicas que dan la oportunidad de acceder a la justicia para varias mujeres y mediante estas, recibir reparaciones de sus y que los culpables de tales actos sean sancionados adecuadamente (Fernández, 2017).

Si los que tienen la facultad de interpretar y aplicar las normas, contemplan a las denuncias presentadas, con una perspectiva netamente médica dejan a las mujeres que son víctimas desamparadas, pues no se toman en cuenta sus necesidades. No olvidemos a Catharine MacKinnon que señalaba que: "El derecho ve y trata a las mujeres de la misma forma que los hombres ven y tratan a las mujeres". (Mackinnon, 1983) también Alda Facio, sobre a que

"la gran mayoría de las sentencias siguen adoleciendo de una perspectiva androcéntrica" (Facio, 2017).

Las alteraciones a la normativa tienen que ir acompañados por un enfoque de género, que se aplique también a los auxiliares de la justicia y a las autoridades administrativas. Según con Gerardi que:

"Así como durante mucho tiempo el Derecho ha reproducido la subordinación de las mujeres en relación a los hombres oprimiéndolas y negándoles sus derechos, actualmente puede ser un medio de liberación. El Poder Judicial está obligado a administrar justicia sin ningún tipo de sesgo." (Gherardi, 2012).

Como postula Chimamanda Ngozi Adichie:

"Las historias si importan. Ya que gracias a ellas se pueden cambiar las perspectivas y humanizar todos los procesos.

Cuando rechazamos la idea de que solo existe una realidad, a partir de ahí podemos ser capaces de recuperar una suerte de paraíso" (NGOZI, 2009).

Nos conmueve la esperanza de que otra realidad sea vista, la realidad de aquellas que sufrieron violencia obstétrica. Si la otra realidad es vista, cambiar la humanidad y así "recuperar una suerte de paraíso".

3.3 Campañas de concientización y sensibilización

Las campañas de concientización y sensibilización sobre la violencia obstétrica son esenciales para cambiar las prácticas en el ámbito de la salud materna y neonatal. A través de la educación, capacitación, y empoderamiento de las mujeres, se puede lograr una atención más respetuosa y libre de violencia en Ecuador.

Implementar programas de capacitación continua sobre la violencia obstétrica y sus efectos en las mujeres es esencial para sensibilizar a profesionales de la salud y a la comunidad en general. Estas capacitaciones podrían abordar no solo los aspectos médicos, sino también los psicológicos y sociales de la violencia obstétrica. Sería beneficioso incorporar enfoques interactivos, como estudios de casos y testimonios, para ofrecer una comprensión más profunda de las experiencias reales. Además, la colaboración con profesionales de la salud y organizaciones de derechos de las mujeres puede fortalecer la efectividad de estos programas al integrar la información en la práctica clínica y alentar la participación activa de la sociedad en la prevención y el abordaje de la violencia obstétrica.

Para la implementación y creación de campañas, se pueden tener en cuenta lo siguiente:

- **Identificación de Aliados:** Colaborar con el Ministerio de Salud Pública, la Defensoría del Pueblo, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género, y ONG locales.
- **Desarrollo de Material Educativo:** Crear y distribuir materiales educativos adaptados a la realidad cultural y social del país.
- **Planificación de Actividades:** Organizar actividades y eventos que involucren a la comunidad, profesionales de salud y autoridades locales.
- **Evaluación y Seguimiento:** Establecer mecanismos para evaluar el impacto de las campañas y realizar ajustes según sea necesario.

3.4 Recomendaciones de políticas públicas para prevenir y abordar la violencia obstétrica

Otro desafío es que no existen políticas públicas que investiguen, problemas con respecto a la violación de derechos de las mujeres, como, por ejemplo:

a) Un conversatorio Institucional LGTBI,

b) Comisión encargada de velar por la verdad

c) Un Plan Nacional para contribuir a la eliminación de la violencia contra las mujeres, mediante un plan Nacional para eliminación de los Delitos Sexuales dentro de la educación.

En febrero de 2014, se creó la Mesa Interinstitucional LGBTI mediante el compromiso presidencial No. 21525. El fin principal de esta era desarrollar políticas integrales para la inclusión y restitución de derechos de la comunidad LGBTI, así como elaborar estrategias de apoyo judicial. Aunque la mesa creó un mecanismo de política previsto para ejecutarse entre 2016 y 2017, este nunca fue aprobado ni publicado en el Registro Oficial, por lo que carece de fuerza normativa. Además, con el cambio de gobierno y su estructura, la mesa, integrada por varias instituciones públicas, cerró sus funciones. Uno de sus pendientes es la aprobación y oficialización de la “Ruta de denuncia y atención de casos de personas LGBTI reclusas en lugares médicos que prestan servicios a personas con adicciones, instrumento que buscaba abordar la inexistente judicialización y sanción de los casos de vulneración de derechos a personas LGBTI.

Las deficiencias en la institucionalidad estatal con perspectiva de género son evidentes al considerar la falta de reparación histórica para las mujeres transgénero, que han sufrido graves vulneraciones especialmente en las décadas de los 80 y 90. La violencia sistemática contra ellas alcanzó niveles alarmantes y dejó una huella en la memoria de las minorías, quienes fueron víctimas no solo de la discriminación, sino que también de desamparo por parte del estado. Las denuncias de agresiones presentadas fueron archivadas y el gobierno no actuó, negándose a reconocer a las mujeres transgénero como ciudadanas sujetas de derecho. Ante esto, la Comisión de la Verdad, creada para investigar violaciones de derechos humanos entre 1984 y 2007, hubiera sido la adecuada para que el Estado comenzara a reparar las afectaciones no resueltas de esta minoría. Sin embargo, las vulneraciones a la comunidad LGBTI no fueron tomadas en consideración por la Comisión de la Verdad, perdiendo de esa manera una herramienta que podría haber tenido un impacto significativo en las víctimas, y establecido un importante precedente con respecto al acceso a la justicia para. Hasta hoy, no existe ninguna instancia gubernamental encargada de investigar ni indemnizar de manera integral a las mujeres transgénero de esa época.

Para abordar la violencia obstétrica de manera efectiva en Ecuador, es necesario implementar políticas públicas que aborden tanto la prevención como la respuesta a esta problemática. Aquí se presentan algunas recomendaciones clave:

1. Marco Legal y Normativo

Fortalecimiento de la Legislación

-Revisión y Actualización: Revisar y actualizar la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres para incluir definiciones claras y sanciones específicas para la violencia obstétrica.

-Protocolos y Directrices: Establecer protocolos nacionales obligatorios para la atención obstétrica que promuevan prácticas respetuosas y humanizadas.

Regulación y Supervisión

-Normas de Calidad: Desarrollar y aplicar normas de calidad para la atención materna y neonatal que incluyan la prevención de la violencia obstétrica.

Supervisión y Auditorías: Implementar sistemas de supervisión y auditorías periódicas en los centros de salud para asegurar el cumplimiento de los protocolos.

2. Formación y Capacitación

Capacitación Continua

-Programas de Capacitación: Crear proyectos de formación continua para todo el personal de salud sobre derechos de las pacientes, atención humanizada y detección de violencia obstétrica.

-Sensibilización: Incluir módulos de sensibilización sobre violencia obstétrica en los programas de formación de profesionales de la salud.

Educación en Derechos

-Talleres y Charlas: Organizar talleres y charlas en centros de salud y comunidades para educar a las mujeres sobre sus derechos durante el embarazo y el parto.

-Materiales Informativos: Distribuir folletos, guías y otros materiales educativos sobre derechos reproductivos y atención respetuosa.

3. Sistemas de Denuncia y Apoyo

Mecanismos de Denuncia

-Canales Accesibles: Establecer canales de denuncia accesibles y confidenciales para que las mujeres puedan reportar casos de violencia obstétrica.

-Atención Integral: Asegurar que las víctimas reciban atención integral que incluya apoyo legal, psicológico y médico.

Protección de las Víctimas

-Protocolos de Protección: Desarrollar protocolos para proteger a las mujeres que denuncian violencia obstétrica de posibles represalias.

-Seguimiento y Acompañamiento: Implementar sistemas de seguimiento y acompañamiento para las víctimas durante y después del proceso de denuncia.

4. Investigación y Monitoreo

Estudios y Estadísticas

-Investigación: Financiar estudios sobre la prevalencia y las causas de la violencia obstétrica en Ecuador.

-Datos y Monitoreo: Crear un sistema de recopilación de datos y monitoreo para evaluar la incidencia de la violencia obstétrica y la efectividad de las políticas implementadas.

Informes y Transparencia

-Publicación de Informes: Publicar informes periódicos sobre los hallazgos de las investigaciones y auditorías realizadas.

-Transparencia: Asegurar la transparencia en la gestión de las denuncias y en la implementación de las políticas públicas.

5. Participación Comunitaria y Colaboración

Involucrar a la Comunidad

-Grupos de Trabajo: Formar grupos de trabajo que incluyan a representantes de la comunidad, organizaciones de la sociedad civil, y profesionales de la salud para diseñar y evaluar políticas.

-Foros y Consultas: Organizar foros y consultas públicas para recoger las opiniones y experiencias de las mujeres sobre la atención obstétrica.

Colaboración Interinstitucional

-Alianzas Estratégicas: Fomentar alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud Pública, la Defensoría del Pueblo, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género, y ONG.

-Proyectos Conjuntos: Desarrollar proyectos conjuntos para promover la atención respetuosa y prevenir la violencia obstétrica.

3.5 Conclusión

Con esta investigación entendimos que la violencia obstétrica través de diversas formas de maltrato físico, psicológico y verbal, así como la deshumanización y la falta de respeto por la autonomía de las mujeres, representa una grave violación de los derechos humanos en el ámbito de la salud. Al analizar estas diferentes formas de violencia, se evidencia que muchas mujeres en Ecuador son sometidas a prácticas que no solo son innecesarias, sino que también resultan dañinas y traumáticas.

En la revisión de la normativa nacional, aunque Ecuador ha implementado leyes importantes como la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, persisten significativas deficiencias. La falta de especificidad en la definición de la violencia obstétrica, la insuficiencia de protocolos claros y la débil supervisión y aplicación de sanciones son debilidades que limitan la efectividad de las políticas existentes. No obstante, estas leyes y regulaciones también presentan fortalezas, como el reconocimiento legal de la violencia de género y la existencia de un marco que puede ser mejorado y fortalecido.

La violencia gineco-obstétrica, no solamente es un problema de salud sino también jurídico que debe sancionado penalmente, por lo debe incorporada como delito en el Código Orgánico Integral Penal, debido a que incurre en los actos de acción u omisión del personal sanitario, al brindar un trato negligente, denigrante y sobre todo deshumanizado y humillante y de esa forma no quede únicamente en sanciones administrativas que deriva en la impunidad.

La inobservancia a los derechos fundamentales como es el derecho a la salud, salud sexual y reproductivo, sumando a todo esto la pérdida de autonomía de la mujer que se encuentran en estado de embarazo, parto y postparto, al realizar prácticas innecesarias sin voluntad de la parturienta, como la práctica de cesáreas, episiotomías, oxitocina, despego del neonato al nacer, esterilizaciones forzadas entre otras que derivan en muchos casos en la muerte materna y del recién nacido, por lo que debe propenderse a una mejora del servicio de sanidad público y privado acatando las sugerencia de la OMS, y protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que conlleve a reducir los índices de mortalidad.

Comprender la violencia obstétrica desde la visión de quienes podrían ejercerla brinda información para generar el apoyo necesario de modo que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas para prevenirla. Se sugieren futuras investigaciones que incorporen la mirada de las matronas en este tema.

Es necesario cambiar la vivencia de la gestación, el parto y el puerperio como experiencias positivas para la usuaria, el recién nacido y la familia, desarrollada en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, considerando un enfoque holístico basado en los derechos humanos. La presencia del machismo y el sexismo, latentes en las estructuras sociales y en las instituciones públicas, devela una violencia institucional y sistémica que actúa e impide que haya una igualdad de género efectiva sobre el derecho a la salud, pues las mujeres siguen siendo discriminadas y violentadas a la hora de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Además, es necesario la implementación de políticas públicas para la capacitación y sensibilización sobre la violencia obstétrica tanto a los profesionales de la salud como para la sociedad en general, Contribuir a la concientización y sensibilización sobre la violencia obstétrica es fundamental para fomentar un cambio cultural y estructural. A través de campañas educativas dirigidas tanto a la comunidad como a los profesionales de la salud, es posible empoderar a las mujeres para que conozcan y reclamen sus derechos y capacitar al personal médico para que adopten prácticas de atención más respetuosas y humanizadas. La participación activa de la sociedad civil, el fortalecimiento de alianzas interinstitucionales y el compromiso de las autoridades son esenciales para impulsar esta transformación.

3.6 Recomendaciones

Tomar en cuenta que las transformaciones en el área de la salud requieren de cambios globales, regionales y de las pautas de organización social, la cultura, las creencias religiosas, los sistemas de producción y el uso de recursos; por lo que es necesario que confluyamos en un movimiento para llegar a acuerdos de cooperación y comunicación, para establecer criterios comunes en la formulación de políticas de salud, en coordinación con las políticas sociales y económicas.

Los problemas más frecuentes en la elaboración de la presente investigación surgieron a raíz de insuficiencia normativa en el derecho ecuatoriano que permitan establecer lineamientos específicos sobre los elementos tratados en la presente investigación, principalmente en figuras como *lex artis*, responsabilidad subjetiva y objetiva, responsabilidad médica, entre otros, por lo que la recomendación lógica sería avanzar y evolucionar como gremio, en todo aspecto, en la rama

de derecho, para poder tener una mayor seguridad jurídica en cuanto a distintos puntos que pueden ser difusos para los profesionales del derecho.

Se debería impartir en las aulas de las escuelas de derecho en las universidades, clases sobre violencia obstétrica y sus consecuencias sobre las mujeres, para que los estudiantes, una vez que se conviertan en profesionales, cuenten con el conocimiento necesario para resolver un problema de mala práctica médica desde una perspectiva técnica-jurídica lógicamente. En ese sentido debería también promoverse la instauración de seminarios con profesionales capacitados con el objetivo que la responsabilidad médica deje de ser un tema desconocido y por tanto aplicado erróneamente por los profesionales del derecho para que pase a ser un tema de uso común, con el conocimiento de causa correspondiente.

Bibliografía

- Acuerdo Ministerial 5316. R.O. 510. 22-02-2016).* (2016). Registro Oficial.
[https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-
Informado_-AM-5316.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-
Informado_-AM-5316.pdf)
- Aguirre, D. (2022). *El aborto en México. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.*
- Asamblea Constituyente. (1971). *Código Penal.* Registro Oficial.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion de la República del Ecuador.* Registro Oficial.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2022). *Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación.* Registro Oficial.
- Asociación Médica Mundial. (1949). *Código Internacional de la Ética Médica.*
<https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
- Birgin, Gherardi. (2012). *Violencia contra las mujeres y acceso a la justicia: La agenda pendiente. La garantía de acceso a la justicia: Aportes empíricos y conceptuales.*
- Borja Quintana, C. (2017). *Violencia obstétrica percepciones de las prácticas de atención de salud.* Universidad San Francisco de Quito.
- Brandão y Pérez. (2022). *Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica.* Universidad de Santiago de Compostela.
- Bridges, K. (2011). *Bridges, K. (2011). Reproducing race: An ethnography of pregnancy as a site of racialization. Univ of California Press. University of California Press.*

- Cabanellas de Torres. (2005). *Diccionario jurídico elemental* (17 edición).
- Castrillo. (2016). *Dime quién lo define y te diré si es violento*. exualidad, Salud y Sociedad.
- Chadwick, R. (2018). *Bodies That Birth: Vitalizing Birth Politics* (1.^a ed.).
- Código Orgánico Integral Penal*. (2014). Registro Oficial.
- Collins, P. (2018). *On violence, intersectionality and transversal politics*. Ethnic and Racial Studies.
- Congreso Nacional. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Registro Oficial.
- da-Silva-Carvalho, I., & Santana-Brito, R. (2017). *Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal*. Revista electronica trimestral de Enfermería.
- Davis, D. (2019). *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy and Premature birth*. New York University Press.
- Davis, Y. (2004). *Género y nación*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Facio. (2017). *Elementos conceptuales y metodológicos para favorecer la interpretación judicial con perspectiva de género. Hacia políticas judiciales de género*. JusBaires.
- Fernández. (2020). *Drecho Sanitario y Violencia Obstetrica*.
- Gajardo. (1939). *Medicina Legal, normas para la enseñanza jurídica del ramo en las Universidades Latino* (Nacimiento Santiago).
- Galdos Silva. (2013). *La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva*. Revista peruana de medicina experimental y salud pública.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20EN
VIGMU%202019.pdf

Knight, M., Bunch, K., Kenyon, S., Tuffnell, D., & Kurinczuk, J. J. (2020). *A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom*. Paediatric and perinatal epidemiology.

Kramer, Strahan, Preslar, J., Zaharatos, J., St Pierr Grant y Callaghan. (2019). *Changing the conversation: Applying a health equity framework to maternal mortality reviews*. American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Ley Orgánica de Salud. (2006). Registro Oficial.

Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (2018). Registro Oficial.

Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto. (2016). Registro Oficial.

Mackinnon, C. (1983). *Feminism, Marxism, method, and the state: Toward feminist jurisprudence*. Journal of women in culture and society.

Martins, A. (2006). *Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública.

McAndrew, F., Thompson, J., Fellows, L., Large, A., Speed, M., & Renfrew, M. J. (2012). *Infant feeding survey*. health and social care information Centre.

Montanelli. (2007). *Mala praxis en cirugía plástica: Visión no dogmática sobre la especialidad médica más castigada*. García Alfonso.

Murialdo. (2020). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*. Universidad Complutense de Madrid.

- NGOZI. (2009). *El peligro de la historia única*. Random House.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). “*Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*”.
<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/30/pdf/n1921330.pdf?token=ZoxNevp5isioGRuFNJ&fe=true>
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana de los Derechos Humanos. “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”*, Belén Do Pará.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Maltrato significativo de las mujeres durante el parto*.
- Osorio, V. y Saraceno, F. (2019). *Mujeres invisibles: Partos y patriarcado*. Gutten Press.
- Paolini, C. (2011). “*Violencia perinatal, una nueva Conceptualización*”. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Ruiz, M. C. (1999). “*Los cambios constitucionales: Visiones de sus protagonistas. En Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*”.
- Sahagún y Arias. (2018). *Violencia de Género desde un abordaje interdisciplinar*. Universidad Sergio Arboleda. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/171179/1/Violencia-de-genero.pdf>
- Salgado Álvarez. (2005). *Derechos sexuales en el Ecuador* [Universidad Andina Simon Bolivar].
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2440/1/T0356-MELA-Salgado-Derechos%20sexuales.pdf>

- Salinas. (2001). *LA SALUD REPRODUCTIVA COMO PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS*. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales.
- Say, L., Souza, J. P., & Pattinson, R. C. (2009). *Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.
- Terán Tamayo. (2017). *La acción civil de daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales frente a la mala práctica médica* [Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador]. Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador
- Vance, C. (1989). *El placer y el peligro: Hacia una política de la sexualidad*” y “*Epílogo*”. Explorando la sexualidad femenina.
- Vélez, Sarmiento. (2003). *Ética Médica*.
- Yungano. (1982). *Responsabilidad profesional de los Médicos*. Universidad.