

Título: Prácticas de violencia obstétrica en Ecuador. Posibles acciones de la Cooperación Internacional.

Autor/a: Alba Martín-Forero Santacruz
Universidad de Valladolid

Tutor/a: Eva Consuelo Cano Plaza
Departamento de Geografía
Universidad de Valladolid
Curso 2019-20

Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo



Título: Prácticas de Violencia obstétrica en Ecuador. Posibles acciones de la Cooperación Internacional.

Resumen:

El presente trabajo trata de analizar la existencia de relación entre prácticas de violencia obstétrica llevadas a cabo por profesionales de la salud en centros de salud sexual y reproductiva y la mortalidad materna. Además, se ha estudiado la implicación de la Cooperación Internacional al Desarrollo para su eliminación bajo el marco de la Agenda 2030 y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La metodología ha consistido en un estudio cualitativo de tipo investigación- acción mediante el contacto con una asociación ecuatoriana y una posterior búsqueda bibliográfica.

La bibliografía muestra que no existe una terminología, definición ni instrumentos de medición aplicables a nivel internacional para esta forma de violencia hacia las mujeres, lo que dificulta su visibilización y erradicación.

Mediante el análisis de la información recopilada, se encuentra que en Ecuador a pesar de la legislación y las políticas sanitarias vigentes, existe una alta prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica, principalmente en mujeres de etnia indígena, residentes en zonas rurales y con un nivel socioeconómico más bajo.

En conclusión, la violencia obstétrica podría estar directamente relacionada con mayores tasas de mortalidad materna y es obligación del Estado proteger el derecho de las mujeres a gozar del mayor nivel posible de salud física y mental durante la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva sin padecer ningún tipo de violencia de género.

Palabras clave: Violencia obstétrica, violencia gineco-obstétrica, violencia asociada a la atención al parto, parto humanizado, Derechos Humanos, Ecuador.

Title: Obstetric Violence Practices in Ecuador. Possible actions of International Cooperation.

Abstract:

The present work tries to analyze the existence of a relationship between obstetric violence practices carried out by health professionals in sexual and reproductive health centers and maternal mortality. In addition, the implication of International Development Cooperation for its elimination has been studied under the 2030 Agenda and the achievement of the Sustainable Development Goals.

The methodology consisted of a qualitative study of research-action type through contact with an Ecuadorian association and a subsequent bibliographic search.

The bibliography shows that there is no internationally applicable terminology, definition or measurement instruments for this form of violence against women, which makes it difficult to make them visible and eradicate.

Through the analysis of the information collected, it is found that in Ecuador, despite current legislation and health policies, there is a high prevalence of obstetric and gynecological-obstetric violence, mainly in women of indigenous ethnicity, residents in rural areas and with a lower socioeconomic level.

In conclusion, obstetric violence could be directly related to higher maternal mortality rates and it is the State's obligation to protect the right of women to enjoy the highest possible level of physical and mental health during care in sexual and reproductive health services without suffer any kind of gender violence.

Keywords: Obstetric violence, gyneco-obstetric violence, violence associated with childbirth care, humanized childbirth, Human Rights, Ecuador.

Los cuerpos de las mujeres y las niñas determinan la democracia:
Libres de violencia y abuso sexual, libres de desnutrición
y degradación ambiental, libres para planear sus familias,
libres para no tener familia, libres para elegir su vida
y sus preferencias sexuales.

Zillah Einstein

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER.....	2
2.1	Justificación del tema.....	2
2.2.	Relevancia Social.....	3
2.3.	Relación con las competencias del máster	6
3.	OBJETIVOS	6
4.	METODOLOGÍA	7
5.	MARCO TEÓRICO	8
5.1.	Contexto ecuatoriano.....	8
5.1.1.	<i>Geografía y Población.</i>	9
5.1.2.	<i>Contexto político y socioeconómico</i>	14
5.2.	Violencia Obstétrica. Prácticas de Violencia obstétrica en Ecuador.	18
5.3.	El papel de la Cooperación Internacional en relación a la Violencia Obstétrica en Ecuador.....	29
6.	CONCLUSIONES.....	34
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
8.	ANEXOS	41

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

FIGURA 1: Mapa político América.....	9
FIGURA 2: Mapa político de Ecuador.....	10
FIGURA 3: Tasa de Natalidad por provincias Ecuador. 2018.....	12
GRÁFICO 1: Población femenina en Ecuador. 2010.....	11
GRÁFICO 2: Tasa de Natalidad y Fertilidad Ecuador.....	12
GRÁFICO 3: Razón de mortalidad materna nacional y por provincias. Ecuador. 2018.....	14
GRÁFICO 4: Porcentaje de Mujeres matriculadas en educación primaria y secundaria (2010-2018). Ecuador.....	16
GRÁFICO 5: Proporción de mujeres y varones jóvenes sin educación, empleo ni capacitación en Ecuador (2010-2019).....	17
GRÁFICO 6: Ingreso Nacional. Ecuador (2010-2018).....	18
GRÁFICO 7: Prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica por Provincias en Ecuador.....	25
TABLA 1: Violencia Gineco-Obstétrica y Obstétrica en Ecuador por edad.....	23
TABLA 2: Prevalencia de Violencia Gineco-Obstétrica y Obstétrica por nivel de estudios y estado civil.....	26

1. INTRODUCCIÓN

El tema elegido para la realización de este trabajo consiste en el estudio de las prácticas de violencia obstétrica llevadas a cabo en los centros de salud sexual y reproductiva de Ecuador. Además, tras analizar el contexto geográfico, político y socioeconómico ecuatoriano, se ha procedido a investigar más acerca de esta forma de violencia hacia la mujer y si desde la Cooperación Internacional se están elaborando estrategias para disminuir su prevalencia en el mundo y, más concretamente, en Ecuador.

A partir de la bibliografía consultada, se ha ofrecido una serie de posibles acciones que podrían ser puestas en práctica por agentes de la cooperación internacional que realicen proyectos en el país, y que podrían suponer la disminución de prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica en las mujeres ecuatorianas.

La temática de investigación surgió a partir de una estancia que realicé en un hospital ecuatoriano como enfermera y del contacto con integrantes de la Comunidad Buen Parir, quienes me ofrecieron la oportunidad de conocer algunos de los artículos en los que estaban trabajando recientemente. Me sorprendió saber que muchos de ellos estaban relacionados con la violencia obstétrica, término que no conocía previamente, y que este tipo de prácticas se realizan en todo el mundo y continúan siendo muy invisibilizadas en gran parte de los países.

Las últimas estimaciones de la OMS acerca de la relación entre el número de nacimientos y muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo unido a las incesantes denuncias de mujeres que refieren haber sufrido alguna forma de violencia durante el momento de parto en los centros sanitarios, ha conseguido que me replantee si las altas tasas de mortalidad materna de Ecuador están relacionadas estrechamente con el padecimiento de alguna forma de violencia obstétrica o gineco-obstétrica durante la atención sanitaria en el embarazo o el parto.

A nivel mundial, la OMS calcula que se producen alrededor de 140 millones de nacimientos al año. La mayor parte de ellos son por vía vaginal (aproximadamente un 90%) en gestantes a las que no les había sido identificado ningún factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones durante el alumbramiento y el puerperio (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Asimismo, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o la propia OMS afirman que aproximadamente muere una mujer embarazada cada once segundos, lo que supone un total de 2,8 millones de defunciones en mujeres gestantes al año. Resulta llamativo

conocer que las nuevas estimaciones de la OMS refieren que la mayoría de esas defunciones se producen por causas prevenibles (Organización Mundial de la Salud, 2019). En Ecuador, algunas de las provincias cuentan con una razón de mortalidad materna extremadamente superior a la media nacional y tasas de natalidad inferiores a la media del país (INEC, 2019), lo que me lleva a pensar que no solo mueren más mujeres en el momento de parto porque se produzcan más nacimientos que en otras provincias. Respecto a la forma de dar a luz, en el país latinoamericano el porcentaje de cesáreas que se realizan es muy superior a la media mundial (38% frente a un 10%) este hecho puede dar lugar a posibles complicaciones que pongan en peligro tanto la vida de la madre como la del recién nacido (Villamar & Quiñonez, 2018).

Ecuador ha sido uno de los países de América Latina que ha decidido incorporar dentro de su legislación y políticas de salud pública estrategias de acción para tratar de disminuir la prevalencia de violencia gineco-obstétrica y mortalidad materna en la nación (Mozo, 2017). Algunas de estas estrategias han ido ligadas a la humanización del parto, es decir, a la consideración de este evento como un proceso natural en el que la madre ha de gozar de la máxima autonomía y respeto a sus valores y creencias al recibir cuidados por parte del personal sanitario con el fin de que ella tenga una experiencia de parto positiva y no tenga recelo a volver a demandar cuidados a las instituciones sanitarias en caso de necesidad (Macías et al., 2018).

Teniendo en cuenta la diversidad étnica del país y la diferencia cultural respecto a la concepción del nacimiento, el Ministerio de Salud elaboró una guía de actuación clínica en la que se incluye por primera vez el término “Parto culturalmente adecuado” en la línea del Modelo de Atención Integral a la Salud, los preámbulos de la constitución de 2008 y el logro del Sumak Kawsay (Mozo, 2017; Pozo et al., 2008).

Durante el desarrollo del trabajo veremos el alcance que ha tenido esta táctica en el país y, si ha conseguido reducir la prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica.

2. JUSTIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER

2.1 Justificación del tema

La elección de este tema se debe al aumento de publicaciones que se ha producido en los últimos años con testimonios de mujeres en los que declaran haber sufrido

durante el embarazo o el parto alguna forma de maltrato o violencia y a la naciente investigación sobre la temática en Ecuador.

En el último informe publicado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en relación a los derechos humanos y la violencia contra la mujer en servicios de salud reproductiva se reconoce que esta problemática no ha sido abordada a nivel internacional y que todavía no se ha llegado a un consenso mundial para definir y medir el maltrato a la mujer en la atención al parto en los puntos de atención a la salud habilitados para ello (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019). Por eso, me gustaría conocer qué estrategias se están llevando a cabo desde la Cooperación Internacional para abordar esta situación que afecta a mujeres de todo el mundo, especialmente a aquellas más vulnerables que viven en países con ingresos medios o bajos.

He decidido elegir como área geográfica de estudio Ecuador, ya que gracias a un voluntariado que realicé con la ONGD C.A.N.D.A.S. pude hacer una rotación como enfermera en los servicios de ginecología y obstetricia en el Hospital San Sebastián en Sig Sig, provincia del Azuay, resultándome llamativas algunas prácticas rutinarias, como por ejemplo el número de cesáreas que se practicaban o el impedimento de acompañamiento a la mujer durante el momento del parto.

2.2. Relevancia Social

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OMS y OPS respectivamente) ocurren al año en torno a 140 millones de nacimientos en el mundo sin riesgo aparente de complicaciones para las mujeres o sus recién nacidos. Se estima que un tercio de la mortalidad materna se debe a complicaciones durante el trabajo anterior al parto, el parto o el puerperio inmediato y que este desenlace es mucho más frecuente en los países de ingresos bajos y medios. Por este motivo se considera que la atención a la mujer en este momento es crítica, no solo físicamente, sino también psicológicamente (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El derecho a la salud está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Constitución de la OMS, la Plataforma de Acción de Beijing, y en otras muchas conferencias o declaraciones en materia de derechos humanos en las

que se establece que la mujer tiene derecho a gozar de una salud sexual y reproductiva sin la presencia de coacción, discriminación o violencia (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019).

En el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer se define la violencia hacia la mujer como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ACNUDH, 1993). Esta definición puede aplicarse a todas las formas de maltrato o violencia contra las mujeres en la atención en los centros de salud reproductiva o en sus domicilios.

Me parece importante recalcar en este punto la terminología que se utilizará durante el desarrollo de este documento. Los términos “violencia obstétrica”, “violencia gineco-obstétrica”, “violencia de las mujeres en la atención al parto” serán utilizados en función del contexto, puesto que actualmente no existe un único vocablo para designarlo. En América Latina es utilizado ampliamente el concepto “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante el parto. Sin embargo, esta terminología no se incluye dentro del derecho internacional de los derechos humanos en el que se nombra como “violencia de las mujeres en la atención al parto”. El concepto “violencia gineco-obstétrica” es utilizado en Ecuador para abarcar prácticas de atención ginecológica y obstétrica que puedan ir en contra de los derechos humanos.

A pesar de toda la normativa en materia de derechos humanos (internacional y nacional) se presupone que actualmente se continúan realizando intervenciones negligentes en la atención perinatal a nivel mundial, aumentando el riesgo de morbilidad materna y neonatal, sobre todo, en aquellos países con menos recursos económicos. Por todo ello, se han establecido dentro de la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en adelante ODS) una serie de metas para su erradicación (Naciones Unidas, s. f.-a, s. f.-b).

El **objetivo número 3 Salud y Bienestar**, establece la necesidad de garantizar a todas las personas una vida saludable y promoción del bienestar universal. Las metas relacionadas para la consecución de este objetivo en materia obstétrica son:

- *Meta 3.1:* Para el año 2030, conseguir la reducción de la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- *Meta 3.7:* Para el 2030 ha de garantizarse el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integridad de la salud reproductiva tanto en las estrategias como en los programas nacionales.
- *Meta 3.8:* Lograr la cobertura sanitaria universal, principalmente la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a vacunas y medicamentos seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Esta meta no habla específicamente de la atención gineco-obstétrica, pero me parece importante añadirla para ratificar la necesidad de que todas las mujeres, sin distinción de clase social, edad, territorio o etnia, han de gozar de equidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y, en la consecución de los medicamentos o vacunas necesarias.

El **objetivo número 5 Igualdad de Género**, fija como imprescindible la igualdad entre los géneros como la base necesaria para la consecución de un mundo pacífico, próspero y sostenible.

En materia obstétrica las metas relacionadas con la consecución de este objetivo son:

- *Meta 5.1:* Erradicar todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas de todo el mundo.
- *Meta 5.6:* Para el 2030, asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos acordados en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- *Meta 5c:* Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas a todos los niveles.

Al igual que pasó con una de las metas anteriores en la que no se menciona explícitamente la salud sexual y reproductiva, considero que es importante reseñar esta, puesto que, como ya hemos adelantado tienen más riesgo de sufrir algún tipo de maltrato o violencia gineco-obstétrica aquellas mujeres con menos recursos económicos y menor nivel de estudios.

2.3. Relación con las competencias del máster

El análisis del tema escogido me ha permitido profundizar en los objetivos (general y específicos) como en las competencias propuestas en la web del Máster de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Universidad de Valladolid (Universidad de Valladolid, s. f.).

En primer lugar, he podido estudiar y comprender cómo afectan aspectos relevantes como puede ser: el nivel socioeconómico del país, el nivel de desarrollo humano, las políticas que se llevan a cabo o la existencia de planes de salud pública en países con menos recursos económicos a la aparición de desigualdades; no solo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres pertenecientes al mismo país. Esto resulta relevante, porque como veremos posteriormente, en Ecuador las mujeres con menos recursos económicos y tasas más altas de analfabetismo tienen riesgos más altos de padecer a lo largo de su vida alguna forma de violencia gineco-obstétrica u obstétrica (INEC, 2019). Además, en este país conviven varias etnias y culturas y pese a las políticas sanitarias establecidas, se continúa prestando una atención obstétrica y gineco-obstétrica en contra de esos valores culturales, lo que puede generar malestar, físico o psicológico, en la mujer (Meijer et al., 2020).

En segundo lugar, he podido analizar cómo desarrolla su acción la Cooperación Internacional al Desarrollo, identificando las estrategias y acciones que se están llevando a cabo en Ecuador en defensa de los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es investigar si en Ecuador se realizan prácticas de violencia a las mujeres en la atención al embarazo y al parto y, si esta podría estar relacionada con la mortalidad materna. En el caso de existir, me gustaría conocer si

la Cooperación Internacional al Desarrollo está llevando a cabo algún tipo de estrategia para erradicarla. Para su consecución, se ha establecido una serie de objetivos específicos:

- Estudiar el marco normativo en materia de derecho y salud sexual y reproductiva de la mujer a nivel internacional y nacional.
- Conocer si la Agenda 2030 ha establecido alguna meta dentro de los Objetivos de Desarrollo sostenible en materia de salud sexual y reproductiva.
- Analizar el contexto socioeconómico, político y sanitario de Ecuador.
- Investigar acerca de una posible relación directa entre la mortalidad materna y la experimentación de prácticas de violencia obstétrica.
- Examinar la existencia o no de estrategias llevadas a cabo por la Cooperación Internacional al Desarrollo en Ecuador en materia de salud sexual y reproductiva.
- Proponer alguna posible acción a llevar a cabo por la Cooperación Internacional para la erradicación de la violencia obstétrica en las mujeres de Ecuador.

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este Trabajo Fin de Máster (TFM) se ha realizado un estudio cualitativo de tipo investigación-acción con el objetivo de conocer e identificar la situación de las mujeres ecuatorianas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en materia de derechos y la presencia de la Cooperación Internacional al Desarrollo en Ecuador en el mismo, para posteriormente, ofrecer alguna posible acción de la cooperación internacional con el fin de acabar con la violencia gineco-obstétrica y obstétrica.

Inicialmente, se contactó con la comunidad Buen Parir-Nacer, un espacio de encuentro virtual de mujeres ecuatorianas en el que tratan muchos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva buscando el empoderamiento en

esta temática de sus participantes. Varias de las integrantes accedieron a ofrecerme artículos científicos realizados y publicado por ellas con el objetivo de tener bibliografía más representativa y actualizada.

Seguidamente, se han consultado las principales fuentes teóricas de los organismos internacionales con competencia en este tema como la OMS, la OPS y las Naciones Unidas. Concomitantemente, se ha procedido a revisar algunas Conferencias internacionales relevantes para comprender si la violencia en la atención al parto es un tipo de violencia de género, como por ejemplo la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o la Convención de Belém do Pará. Asimismo se ha analizado la legislación vigente en Ecuador con el objetivo de ver si está alineada con la normativa internacional.

Para el estudio del contexto andino, se ha procedido a investigar las últimas publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Ecuador y del Banco Mundial, así como los programas sanitarios ecuatorianos actuales de atención al embarazo, parto y puerperio.

Mediante la búsqueda en bases de datos como PubMed, Dialnet, Scielo y el gestor bibliográfico Google Académico o la Biblioteca Cochrane Plus se ha procedido a una revisión de la literatura publicada acerca del parto humanizado, parto culturalmente adecuado y de la implicación de la Cooperación Internacional al Desarrollo en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres andinas de Ecuador. Asimismo se ha procedido a la lectura de libros de texto para aumentar el conocimiento en materia de cooperación feminista.

Finalmente, se ha realizado un análisis crítico de toda la información obtenida con el objetivo de brindar una serie de estrategias o actuaciones que pueden ser llevadas a cabo por agentes de la cooperación internacional. Con ello, dejo la puerta abierta a la realización de otro posible estudio para comprobar si el estudio aquí realizado se corresponde a la realidad y la efectividad de estas acciones propuestas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Contexto ecuatoriano

5.1.1. Geografía y Población.

Ecuador es el cuarto país más pequeño en extensión situado en América Latina. Su capital es Santiago de Quito, ciudad por la que atraviesa la Línea imaginaria del Ecuador.

Este país limita al norte con Colombia, al este y al Sur con Perú y el oeste está delimitado por el Océano Pacífico (Ver figura 1).

Figura 1: Mapa Político de América



Fuente: [https:// www.Sobrehistoria.com](https://www.Sobrehistoria.com)

El país está estructurado en 4 regiones y 24 provincias, las cuales se subdividen en cantones. La Cordillera de los Andes divide al país en tres regiones de norte a sur, estas son: la región de costa-litoral, la región andina o de sierra y, por último, la región amazónica u oriente. La cuarta región corresponde a las Islas Galápagos (Provincias del Ecuador, s. f.; INOCAR, 2012) (Ver Figura 2).

Figura 2: Mapa político de Ecuador.



Fuente: Provincias del Ecuador

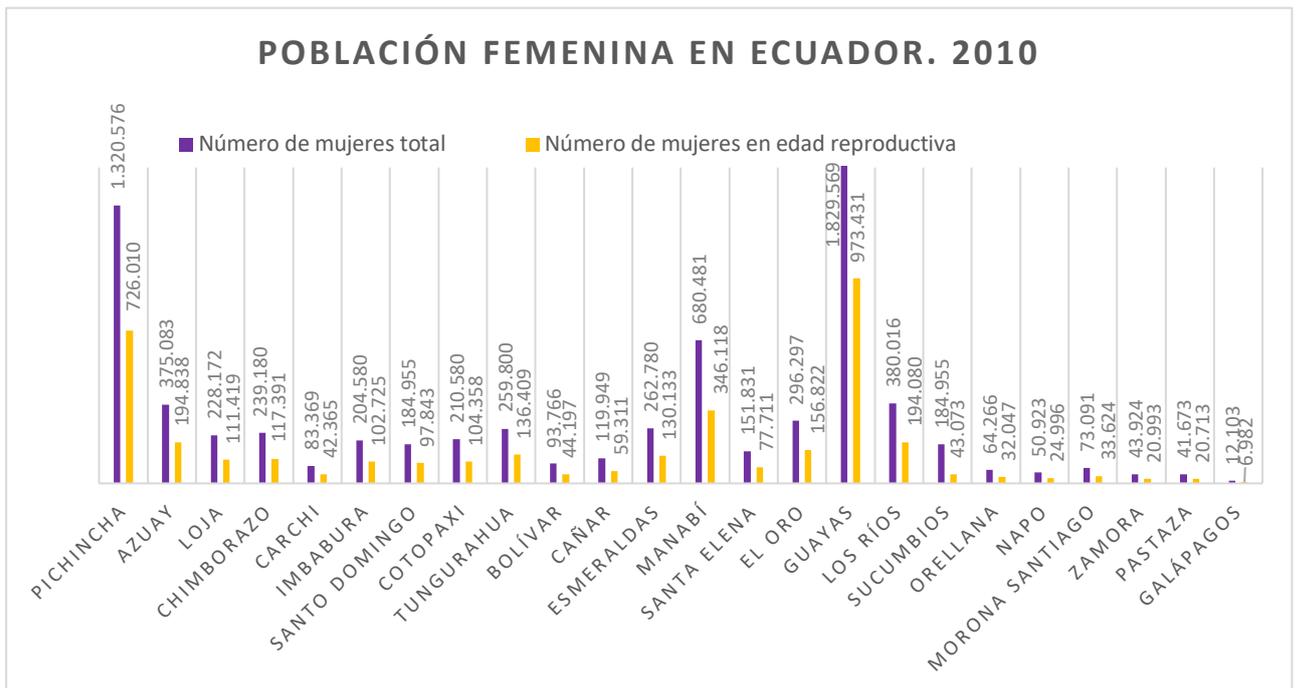
En referencia a la densidad de población, a partir de datos extraídos del Banco Mundial se observa que en 2018 el total de la población era de aproximadamente 17 millones, siendo la mitad mujeres. A nivel nacional, el 36% de la población habitaba en áreas rurales frente al 64% que vivía en áreas urbanas (Banco Mundial, s. f.).

La población ecuatoriana está formada por diferentes etnias. Alrededor del 78% de la población es mestiza, descendiente de la unión entre culturas indígenas y europeos. Un 10% es de tipo racial blanco, un 5% afrodescendiente, y el 7% restante indígena. En Ecuador están reconocidas 13 nacionalidades indígenas y unos 25 pueblos con identidad cultural, social y geográfica bien diferenciada asentados principalmente en la región andina y amazónica. Esta diversidad étnica y cultural dota a cada región de una identidad propia y un gran patrimonio cultural. (Aguirre, 2012; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, s. f.).

Para el análisis de datos por regiones y provincias, se ha consultado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC), donde se revela que el último censo publicado pertenece al año 2010. Pese a la posibilidad de error con la actualidad, se han utilizado estos datos al permitir realizar una comparación entre provincias.

A partir de esta fuente se observa que en 2010 un 43% de la población habitaba en la región de costa, un 40 % de la en la región andina o de sierra aproximadamente un 16% en la zona amazónica y un 1% en las Islas Galápagos. La provincia más poblada es Guayas seguida de Pichincha. En prácticamente la totalidad del país, la edad promedio de las mujeres en el país era de 29 años, encontrándose un 52% de ellas en edad reproductiva (INEC, s. f.; Villacís y Carrillo, 2012) (Ver gráfico 1).

Gráfico 1: Población femenina en Ecuador. 2010



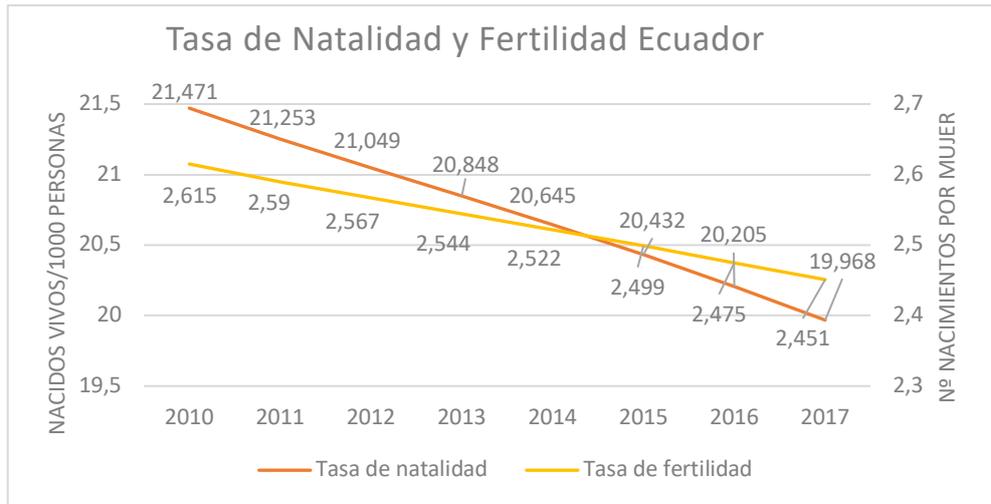
Fuente: INEC y elaboración propia

En cuanto a la tasa de natalidad bruta nacional, se observa que en los últimos años se ha producido un descenso paulatino, siendo esta en 2017 de casi el 20%. (Banco Mundial, s. f.).

Incluyendo el factor edad se atisba que el 50,2% de los nacimientos registrados se produjeron en mujeres de entre 20-29 años, el 29,3% en mujeres mayores de 30 años, y un 19,6% en menores de 19 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

El índice de fecundidad a nivel nacional ese mismo año fue de 2,5 nacimientos por mujer, comparándolo con años anteriores se llega a la conclusión que en la última década se ha mantenido a la baja (Banco Mundial, s. f.) (ver gráfico 2).

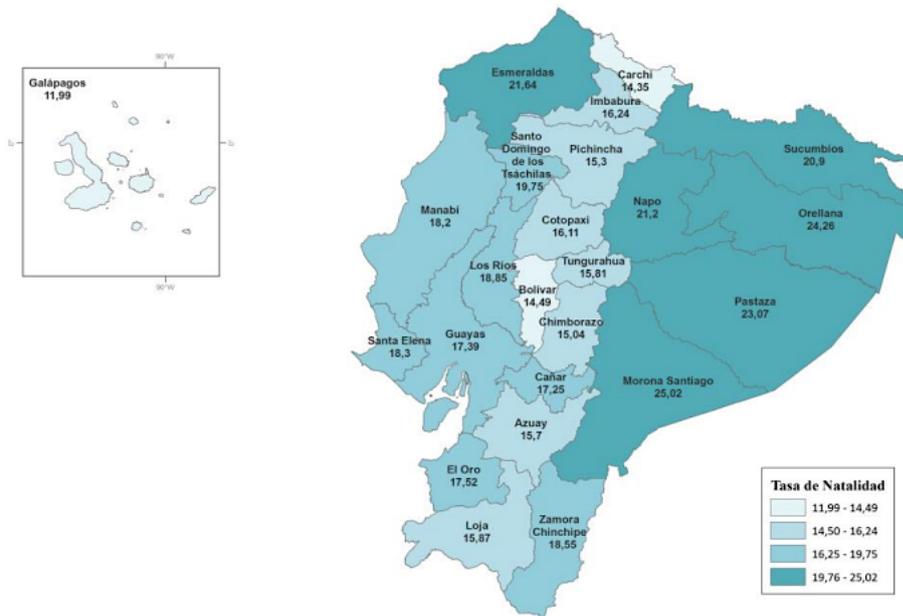
Gráfico 2: Tasa de Natalidad y Fertilidad en Ecuador



Fuente: Banco Mundial y elaboración propia

A nivel regional, en 2018 el INEC elaboró un informe inferenciando las cifras de natalidad por provincias a partir de los datos de 2017. En él se muestra que la región amazónica tiene en general las cifras de natalidad más altas del país, situándose a la cabeza Morona de Santiago (25,02%). La región de sierra o andina tiene cifras de natalidad más bajas que la media nacional, siendo la provincia de Santo Domingo la que presenta la tasa más alta (19,75 %) y Carchi la más baja (14,25 %) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019) (ver figura 3).

Figura 3: Tasa de Natalidad por provincias Ecuador. 2018



Fuente: Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018. INEC

La tasa de mortalidad bruta nacional se ha mantenido constante en la última década, obteniendo un valor del 5,1%. Observando las tasas específicas de mortalidad por sexos, se observa que esta es superior en hombres que en mujeres (156,9/ 1000 adultos en oposición a 83,6/1000 adultas) (Banco Mundial, s. f.).

A partir del INEC se han analizado las principales causas de mortalidad en mujeres adultas y adolescentes. Se observa que la mortalidad asociada al proceso perinatal en mujeres adultas se encuentra en el puesto diez, mientras que en jóvenes (mujeres entre 20 y 30 años), la mortalidad asociada al embarazo, parto y puerperio es la quinta causa.

La razón de mortalidad materna, es decir, el número de fallecimientos de madres por cada 100.000 nacidos vivos, desde el año 2011 ha experimentado un descenso importante, pero a día de hoy continúan ocurriendo en torno a 41 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos en el país. Si lo examinamos por provincias, nos encontramos que en la región andina cuatro de ellas tienen una razón de mortalidad materna mayor a la media nacional con Chimborazo a la cabeza (127,6 FM¹/100000 NV²) seguido de Bolívar (69,0 FM/100000 NV) y Cotopaxi (65,2 FM/100000 NV). La razón de mortalidad materna más baja del país se encuentra en la provincia de Azuay (6,4 FM/100000 NV). Resulta curioso señalar que en estas provincias la tasa de natalidad es inferior a la media nacional.

Respecto al resto de provincias, en la zona de litoral tres de sus provincias también tienen una razón de mortalidad materna superior a la media nacional con Guayas a la cabeza (57,1 FM/100000 NV). En la zona amazónica, Pastaza es la segunda provincia con la razón de mortalidad materna mayor del país con un 73,6 FM/100000 NV y Sucumbíos la provincia que cuenta con la razón de mortalidad materna más baja de la región (20,3 FM/100000 NV) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019) (Ver gráfico 3).

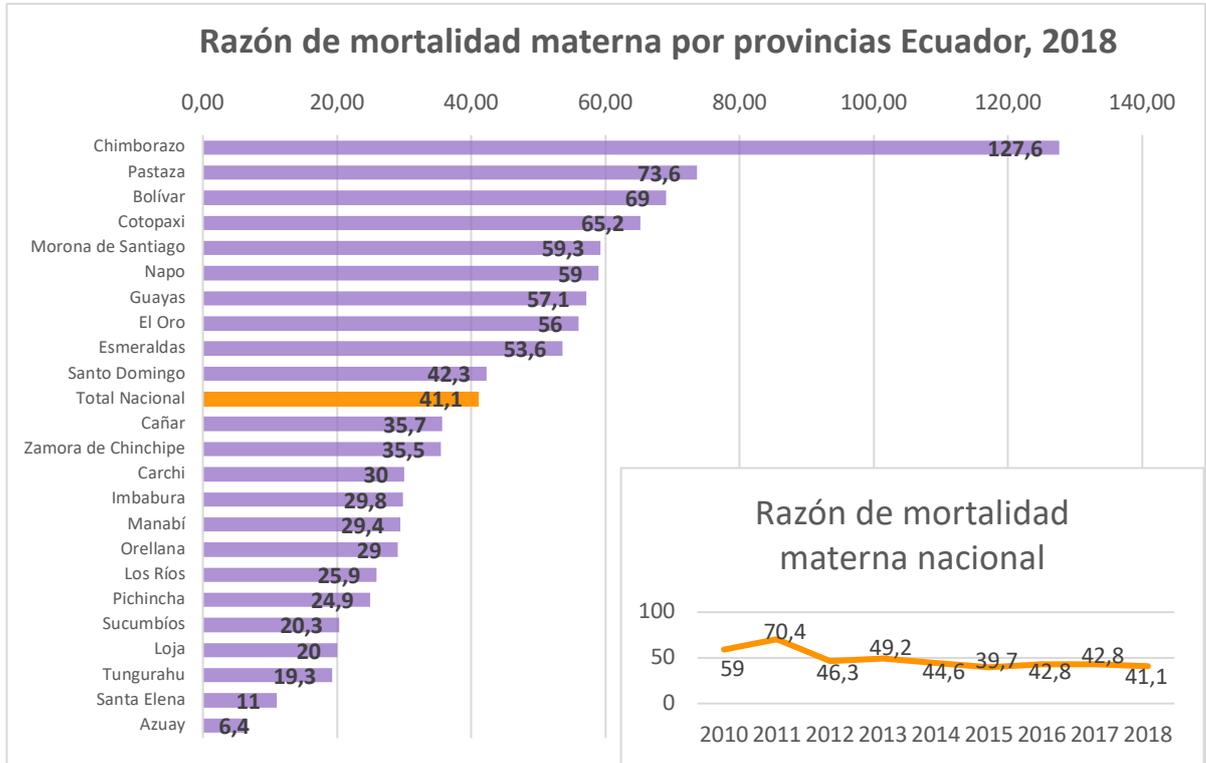
La región andina pese a tener las cifras de tasa bruta de natalidad más bajas que la media nacional posee las cifras más altas de razón de mortalidad

¹ FM: Fallecimientos Madres

² NV: Nacidos Vivos

materna del país. Por este motivo, se ha decidido analizar si la mortalidad materna puede estar estrechamente relacionada con la existencia o no de violencia obstétrica y gineco-obstétrica.

Gráfico 3: Razón de mortalidad materna nacional y por provincias. Ecuador 2018.



Fuente: Registro Nacional de Defunciones generales año 2018 (INEC) y elaboración propia.

5.1.2. Contexto político y socioeconómico.

El sistema político ecuatoriano ha experimentado grandes cambios a lo largo de la historia, pasando de un régimen autoritario militar a uno democrático presidencial caracterizado por una gran inestabilidad política.

En noviembre de 2008 durante el mandato de Rafael Correa se aprobó la Constitución de 2008, a partir de la cual se define Ecuador como una república democrática de gobierno descentralizado en la cual el presidente, en calidad de jefe del Estado y del Gobierno es el responsable de la administración pública (Freidenberg et al., 2016; Pachano, 2010). Por influencia de los pueblos indígenas, se trata de la única Constitución en el mundo que reconoce derechos a la naturaleza, la interculturalidad y hace explícitamente referencia a la salud como un derecho fundamental

garantizado por el Estado y uno de los ejes estratégicos para alcanzar el desarrollo y el logro del Sumak Kawsay o Buen Vivir (Mozo, 2017).

El año 2009 estuvo marcado por varios movimientos sociales, incluido el movimiento indígena, que presionaron al gobierno para que este realizase modificaciones en las políticas públicas potenciando en ellas la interculturalidad y la inclusión de toda la ciudadanía. Ese mismo año el gobierno puso en marcha el Plan Nacional para el Buen Vivir (2009-2013), el cual amparó y orientó las políticas sociales, educativas junto con otras leyes, planes y proyectos que se llevaron a cabo en estos años con el objetivo de conseguir la cobertura de las necesidades de toda la población, aumentar la calidad de vida, permitir una muerte digna, el crecimiento saludable en armonía con la naturaleza, la interculturalidad y la ampliación de las libertades, capacidades y potencialidades.

En el año 2013, siguiendo la misma línea del plan anterior se puso en marcha el Plan Nacional de Buen Vivir (2013-2017).

A nivel sanitario se llevaron a cabo una serie de modificaciones y se incorporaron dos nuevas áreas de actuación: “Promoción de Derechos, Género e Igualdad” y “Participación Social” (de todos los sectores de la población) bajo el marco del “Modelo de Atención Integral a la Salud” (Herrán et al., 2018; Mozo, 2017).

Respecto al contexto socioeconómico, me centraré fundamentalmente en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y en sus dimensiones: la esperanza de vida, la educación y el ingreso nacional per cápita.

Escrutando los datos registrados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se observa que en Ecuador el IDH ha ido en aumento hasta alcanzar en 2018 la cifra de 0,758, lo que deja le sitúa en el puesto 85 del ranking mundial.

Analizándolo por sexos, se muestra que en 2018 el IDH en mujeres era de 0,748, un 1% inferior a la media nacional, mientras que en hombres fue de 0,763. Pese a que la diferencia está por debajo de la media mundial (6%), supone una diferencia del 2% a favor de los hombres, lo que se traduce en la existencia de desigualdad asociada al género (PNUD, 2019, 2018).

En 2018, la esperanza de vida al nacer fue de 76,6 años. Desglosándola por sexos, a partir de datos procedentes del PNUD y el Banco Mundial se observa que esta fue superior en mujeres que en hombres (79,6 frente a 74,1 años). En cuanto a la educación, uno de los principios del sistema educativo ecuatoriano es garantizar la equidad y la igualdad efectiva de oportunidades educativas entre niñas, niños, jóvenes, adultas y adultos en todo el territorio (Herrán et al., 2018).

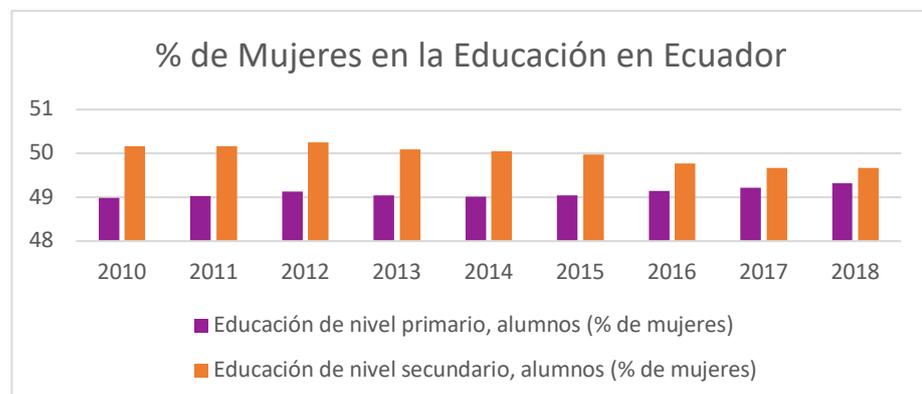
La Educación General Básica se inicia a los 5 años de edad y se finaliza a los 14. Está compuesta por 10 niveles gracias a los cuales los estudiantes consiguen una serie de aptitudes y destrezas a partir de tres valores fundamentales: la justicia, solidaridad y la innovación (Ministerio de Educación, s. f.-b).

Analizando los datos procedentes del Banco Mundial se observa que del total de estudiantes en Educación General Básica un 49,3% de este corresponde al sexo femenino y el 50,7% restante al masculino.

La educación secundaria, conocida como Bachillerato General Unificado consta de tres cursos y tiene como objetivo la preparación de los estudiantes para la vida y la participación en la democracia, para el mundo laboral y/o para la continuación de los estudios universitarios (Ministerio de Educación, s. f.-a).

Descomponiendo el número de estudiantes por sexos ocurre como en la educación básica, el número de matriculados es mayor en hombres que en mujeres, 50,3% frente a 49,7% matriculadas (Banco Mundial, s. f.). (Ver gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentaje de Mujeres matriculadas en educación primaria y secundaria (2010-2018). Ecuador.



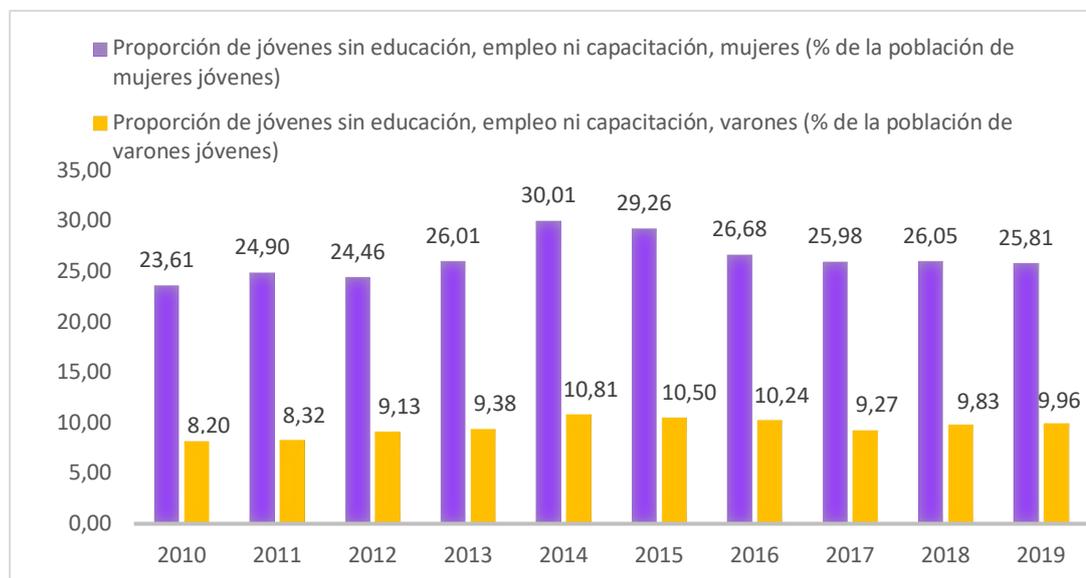
Fuente: Banco Mundial y elaboración propia.

Datos procedentes del PNUD revelan que desde el 2010, la expectativa de años de escolaridad ha ido en aumento, teniendo un pico máximo en el año 2016 en el que se alcanzaron los 15,4 años. Sin embargo, en los dos últimos años la duración de la escolaridad ha descendido hasta los 14,9 años.

Observando los mismos valores solo para el sexo femenino, se ha encontrado que no existen datos correspondientes a los años 2017 y 2018, tomando en el año 2016 el valor de 15,7 años.

En cuanto al porcentaje de población mayor de 25 años con al menos educación secundaria³, desde 2010 también ha experimentado un gran aumento tomando un valor en 2018 de 52%, cifra compartida para ambos sexos (PNUD, 2019). Sin embargo, se observan grandes diferencias en la proporción de jóvenes sin educación, empleo ni capacitación entre ambos sexos. En el año 2018, el 26% del total de las mujeres jóvenes se encontraba en esta situación frente al 9,8% del total de los hombres jóvenes (ver gráfico 5), lo que supone grandes desigualdades asociadas al género (Banco Mundial, s. f.).

Gráfico 5: Proporción de mujeres y varones jóvenes sin educación, empleo ni capacitación en Ecuador (2010-2019).



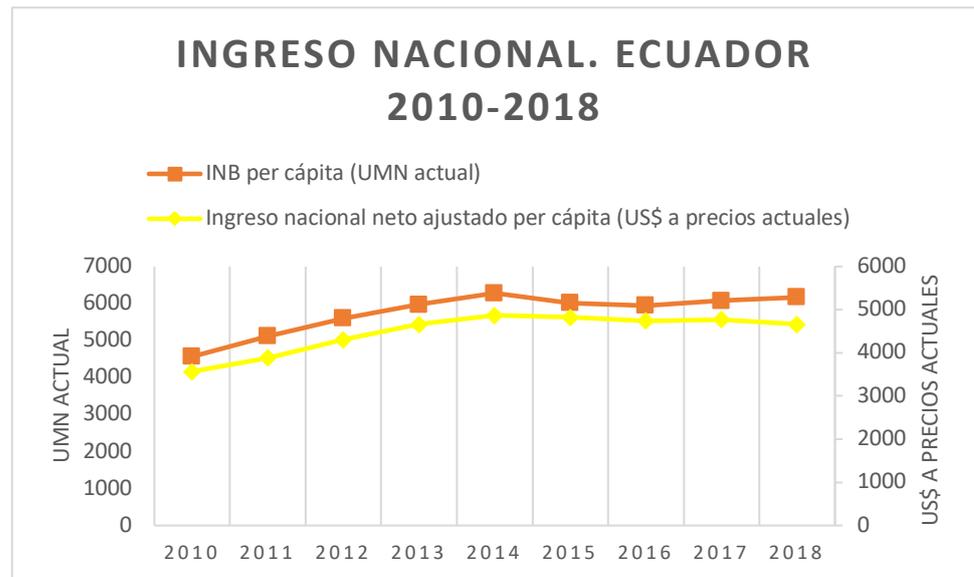
Fuente: Banco Mundial y elaboración propia.

³ A pesar de la búsqueda realizada, no se han encontrado datos actualizados en referencia al porcentaje de población mayor de 25 años con al menos educación secundaria por sexos y provincias. Tampoco se han encontrado datos desagregados en referencia a la proporción de jóvenes sin educación, empleo ni capacitación. El hecho de esta falta de información puede dar lugar a desigualdades y sesgos entre mujeres que habitan en diferentes provincias y pasan desapercibidas.

En último lugar, y no menos importante, se encuentra el Ingreso Nacional per cápita, el cual determina el ingreso medio de cada habitante.

Examinando los datos procedentes del Banco Mundial se observa que en la última década este valor se ha mantenido al alza. En 2018, el INB per cápita fue de 6.173,8 US\$ actuales y el Ingreso Nacional Neto Ajustado Per Cápita de 4.661,1 US\$ a precios actuales⁴.

Gráfico 6: Ingreso Nacional. Ecuador (2010-2018).



Fuente: Banco Mundial y Elaboración propia

5.2. Violencia Obstétrica. Prácticas de Violencia obstétrica en Ecuador.

Durante el embarazo y el parto las mujeres se encuentran en un momento de gran vulnerabilidad, lo que puede generar en ellas sentimientos inseguridad, miedo e incluso, pérdida de autonomía. Por este motivo, es preciso que para mejorar la calidad de la atención durante la hospitalización y el parto las mujeres reciban unos cuidados clínicos adecuados junto con una experiencia de atención satisfactoria por parte de los profesionales sanitarios (Fernández Guillén, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Uno de los aspectos más relevantes que señala la OMS respecto a la atención durante el parto radica en que la posibilidad de acudir a un centro hospitalario no garantiza que esta sea de buena calidad. A nivel mundial, en muchos de los servicios

⁴ Se ha tratado de desagregar estos datos por sexos y provincias, no siendo encontrado en ninguna de las fuentes consultadas. Este hecho podría hacernos cometer un error al inferenciar estos valores para la población femenina.

de atención al parto se desarrollan prácticas y procedimientos que van en contra de los derechos de las mujeres y, además, la atención que se presta en ocasiones es poco respetuosa, e incluso, poco digna (Organización Panamericana de la Salud, 2019). La OMS manifiesta la necesidad de potenciación de actuaciones no clínicas con coste cero que podrían aumentar en gran medida la calidad en la atención a la embarazada y púérpera a nivel mundial. Algunas de estas acciones podrían ser: ofrecer apoyo emocional adecuado mediante acompañamiento, comunicación efectiva, trato respetuoso o respeto por sus valores y creencias, lo que ayudaría a aumentar la calidad en la atención obstétrica (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Por tanto, conociendo estas aportaciones junto con las cifras de mortalidad materna de Ecuador anteriormente expuestas, se llega a la conclusión que en el país todavía existen ciertas carencias y malas praxis durante la atención del embarazo y, sobre todo, durante el momento de parto por parte de los profesionales en instituciones sanitarias que podrían dar lugar a la perpetuación de altas cifras de morbimortalidad materna asociada a causas prevenibles.

Cuando hablamos de violencia obstétrica, violencia gineco-obstétrica o violencia de las mujeres en la atención al parto nos referimos a aquellas acciones que van en contra de los derechos de las mujeres en materia ginecológica u obstétrica. La OMS reconoce que esta forma de maltrato no solo viola el derecho de las mujeres a una atención sanitaria respetuosa, sino que también puede vulnerar su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a cualquier tipo de discriminación (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019).

Para conocer si la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica con el objetivo de descubrir algunas de las definiciones más utilizadas de violencia hacia la mujer.

Fruto de las diferentes convenciones y tratados que se han celebrado a lo largo de los años se han ido consensuando definiciones referentes a la violencia contra la mujer. A día de hoy, no se puede decir que todos los gobiernos se hayan comprometido a firmar y legitimar en sus territorios dichas convenciones internacionales.

En 1979, en el marco de las Naciones Unidas se llevó a cabo la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). A día de hoy, todavía existen Estados que no han firmado este tratado o que lo han

firmado pero no han desarrollado políticas que pongan fin a la discriminación contra la mujer. Este hecho nos puede hacer sospechar que, si los gobiernos no tienen un compromiso férreo con este tipo de tratados hay mayor posibilidad que dentro de sus fronteras se lleven a cabo prácticas de vulneración de derechos y de discriminación hacia las mujeres. En el caso de Ecuador, el país firmó el tratado el 17 de julio de 1980 y fue ratificado el 9 de noviembre de 1981 por el ex presidente Osvaldo Hurtado Larrea (United Nations, 1979).

En 1993, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer se propuso una de las definiciones más utilizadas de violencia hacia la mujer en la que por primera vez situó la violencia hacia las mujeres en el marco de los derechos humanos. (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Diana et al., 2015). Esta definición ya ha sido enunciada con anterioridad, por lo que solo se recordará que en ella se hace referencia a los posibles daños que pueden sufrir las mujeres en el plano sexual tanto en el ámbito público como privado. Además, también pone de manifiesto la existencia de violencia dirigida a las mujeres cometida o tolerada por los Estados (Valera, 2019).

Poco después, en 1994 se aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, comúnmente conocida como Convención de Belém do Pará. En ella es definida la violencia contra la mujer como: “Cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado”. Además de esta definición, se ratificó el derecho de las mujeres a vivir una vida digna sin violencia y estableció que la violencia es una forma de vulneración de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (Varela, 2019; Diana et al., 2015:4).

A partir de estas definiciones de violencia contra la mujer se entiende que la violencia obstétrica sí es un tipo de violencia de género que ocurre durante la atención del embarazo o el parto, principalmente en el seno de las instituciones sanitarias (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019).

En 2007, por primera vez en Venezuela se introdujo el término violencia obstétrica dentro de la legislación de un país latinoamericano. Esta fue definida como: “actos de trato deshumanizantes, abuso en los procedimientos y pérdida de la autonomía que afecta a la calidad de vida de la mujer” (Brandão et al., 2018:1). Sin embargo, a

pesar del paso de los años la violencia obstétrica ha acabado normalizándose y siendo aceptada por gran parte de la población, por lo que en muchos lugares del mundo aun no se considera violencia contra la mujer. La propia Relatora Especial de la ONU ha reconocido que no existe un consenso mundial para definir y cuantificar la violencia a la mujer durante la atención al parto en instituciones sanitarias (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Brandão et al., 2018b).

Entre los derechos que pueden ser vulnerados mediante este tipo de violencia se encuentra: el derecho de igualdad, libertad, información, salud, integridad y autonomía en el proceso reproductivo.

Algunas de las malas prácticas asociadas a la atención a mujeres gestantes o en el momento de parto en el ámbito sanitario son: el abuso de la medicalización; la imposición de determinadas prácticas culturales; la utilización de procedimientos científicos previamente no consentidos por la paciente; el no cumplimiento del secreto profesional; tendencia al uso de la medicina occidental desplazando aplicación de otras medicinas alternativas, como por ejemplo el uso de anestesia epidural en oposición a prácticas más naturales que alivian el dolor y la ansiedad; la imposición de posturas horizontales para dar a luz, la esterilización forzada; negación de la autonomía de la paciente para decidir de forma libre acerca de su cuerpo y su sexualidad; abuso de poder por parte de los sanitarios; utilización de un lenguaje no comprensible para la paciente y el empleo de actitudes despectivas (Diana et al., 2015; Meijer et al., 2020).

Tras conocer qué es la violencia obstétrica, sus posibles causas y repercusiones en la mujer se ha procedido a investigar la temática en Ecuador. Para estudiar si la violencia obstétrica está relacionada con los determinantes estructurales de la salud propuestos por Solar e Irwin y Navarro (2010) (ver Anexo1) se ha analizado la problemática en cada uno de los ejes de desigualdad con el objetivo de comprobar si existen desigualdades en la atención a las gestantes o púerperas por su condición social.

Además, veremos cuáles son las malas prácticas más comunes realizadas en el ámbito sanitario que vulneran los derechos de las embarazadas, púerperas y sus familias a partir de la revisión de varios estudios científicos realizados en Ecuador.

El término violencia obstétrica no está recogido en el marco legislativo de Ecuador. A partir de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra

las Mujeres de Ecuador (2018) se introdujo por primera vez el concepto violencia gineco-obstétrica con el objetivo de englobar prácticas de violencia obstétrica y ginecológica como forma de maltrato hacia las mujeres. En él se incluye toda acción que limite o prive a las mujeres de decidir acerca de su vida sexual y reproductiva. Por tanto, esta terminología va más allá de lo concerniente a la violencia obstétrica, ya que abarca formas de maltrato hacia las mujeres en la atención ginecológica y obstétrica que pueden producirse a lo largo del ciclo vital femenino (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2018; Meijer et al., 2020).

La definición propuesta por el gobierno ecuatoriano para referirse a la violencia gineco-obstétrica es: “Toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos” (INEC, 2019: 6). Las formas de manifestación que están incluidas son: el maltrato; el no respeto del secreto profesional; la obligatoriedad de seguimiento de prácticas culturales y/o científicas no consentidas por la mujer; el uso de medicalización sin necesidad de hacerlo o la administración de fármacos no contemplados en los protocolos, guías o normas aprobados en las instituciones sanitarias; la contemplación de los procesos naturales referentes al embarazo, parto y puerperio como patológicos; la esterilización forzada; la pérdida de autonomía y capacidad de la mujer en la elección sobre su cuerpo y sexualidad pudiendo dar lugar a la pérdida de calidad de vida y salud sexual y reproductiva cuando esta limitación se lleva a cabo mediante prácticas invasivas o maltrato físico y/o psicológicos (INEC, 2019).

En 2019 el gobierno ecuatoriano decidió incorporar por primera vez un apartado para determinar la violencia gineco-obstétrica y la violencia obstétrica en la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU). Asimismo, esta encuesta tenía la finalidad de descubrir el grado de conocimiento y búsqueda de servicios para hacer frente a la violencia y el tipo de atención otorgada por parte de las instituciones estatales. La metodología utilizada fue la realización de una batería de preguntas (ver Anexo 2) a las mujeres de 20,848 hogares ecuatorianos y un posterior análisis de las mismas (INEC, 2019a, 2019c).

En ella, se reveló que 48 de cada 100 mujeres mayores de 15 años habían sufrido algún tipo de violencia gineco-obstétrica y 42 de cada 100 violencia obstétrica (INEC, 2019a).

Desagregando estas cifras para cada uno de los ejes estructurales propuestos por Solar, e Irwin y Navarro (2010) encontramos lo siguiente:

- **Género:** Este eje estructural no ha sido analizado puesto que en la encuesta no se especifica que haya habido diversidad sexual, entendiéndose de esta forma que todas las encuestadas han sido mujeres.
- **Edad:** Anteriormente se comentó que el grueso de los nacimientos tenía lugar en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 29 años. En esta franja de edad prácticamente un 40% afirmó haber experimentado en alguna ocasión violencia gineco-obstétrica y un 30% violencia obstétrica.

Más de la mitad de la población femenina de 65 años en adelante encuestada indicó que en algún momento de su vida habían sufrido violencia obstétrica o gineco-obstétrica (ver tabla1) (INEC, 2019-a). Al ser la primera encuesta realizada a nivel nacional no es posible conocer si las mujeres mayores de 65 años son más vulnerables o han experimentado alguna práctica de violencia obstétrica y gineco-obstétrica a lo largo de su vida.

Tabla 1: Violencia Gineco-obstétrica en Ecuador por Edad

<i>Edad</i>	<i>Violencia Gineco- Obstétrica</i>	<i>Violencia Obstétrica</i>
<i>15-17 años</i>	-	-
<i>18-29 años</i>	34,8%	28,6%
<i>30-44 años</i>	49,1%	44,2%
<i>45-64 años</i>	51,4 %	46,8%
<i>65 y más</i>	59,8%	51%

Fuente: ENVIGMU (2019), INEC y elaboración propia.

- **Etnia:** La encuesta refleja que las mujeres que mayoritariamente habían mencionado sufrir algún tipo de violencia obstétrica o gineco-obstétrica eran de etnia indígena y afrodescendiente (INEC, 2019). Ante este hecho es preciso considerar que la concepción que existe en cada cultura del proceso de salud-enfermedad es diferente y esta ha de ser conocida y respetada por todos los profesionales de salud a la hora de prestar cuidados a la gestante o puérpera. En las comunidades indígenas de Ecuador, las figuras del proveedor de medicina tradicional y la partera ancestral, son muy importantes en el proceso de

recuperación de la enfermedad y han de ser tenidas en cuenta durante la atención sanitaria para no generar mayor malestar en la persona y una disruptiva entre la medicina tradicional y la occidental (Inuca Tocagón et al., 2014; Ministerio de Salud Pública, 2016).

Durante miles de años los conocimientos sobre el nacimiento y partería ancestral estuvieron concentrados en las parteras tradicionales y por ello, eran la principal fuente de cuidados reproductivos. Pese al avance de la medicina moderna y la migración de las etnias indígenas a entornos más urbanos la figura de la partera tradicional continúa siendo muy importante, pues está arraigada a sus valores culturales (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Como forma de visibilizar la aplicación de cuidados culturalmente adecuados en la Constitución de 2008 se apoyó la interculturalidad en salud, entendida esta como el intercambio de saberes entre culturas de forma equitativa e igualitaria que reconoce la diversidad como forma de enriquecimiento (Inuca Tocagón et al., 2014).

Siguiendo esta línea bajo el marco del “Modelo de Atención Integral a la Salud”, el Ministerio de Salud creó la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (García Rodríguez et al., 2016; Mozo, 2017) con el fin de reducir la mortalidad materna de las mujeres indígenas que daban a luz en sus domicilios sin ningún tipo de asistencia por parte del personal sanitario (Mozo, 2017). Para ello se apostó por el “Parto Culturalmente Adecuado” que consiste en humanizar más el parto, simulando un parto domiciliario acorde a la cultura de cada mujer en un entorno sanitario, de forma que permita superar ciertas barreras que hacen que algunas gestantes y sus familias no vayan a los servicios sanitarios para ser atendidas durante el embarazo y el parto (Mozo, 2017; Pozo et al., 2008). En esta guía se hace especial mención a que la atención a la parturienta no solo consiste en la correcta aplicación de técnicas durante el expulsivo en la posición que ella elija, sino que también es preciso que los profesionales sanitarios ofrezcan sus intervenciones con una actitud empática y comprensiva que ayude a aumentar el acceso a las instituciones sanitarias a mujeres de etnias indígenas y afrodescendientes (Pozo et al., 2008). Sin embargo, en la práctica se han impartido pocos programas de capacitación en diversidad cultural a los profesionales sanitarios por parte del Estado. Del mismo modo, en muchos de los hospitales del país tampoco se lleva a cabo el “Parto Culturalmente Adecuado” desmotivando a algunas de las mujeres

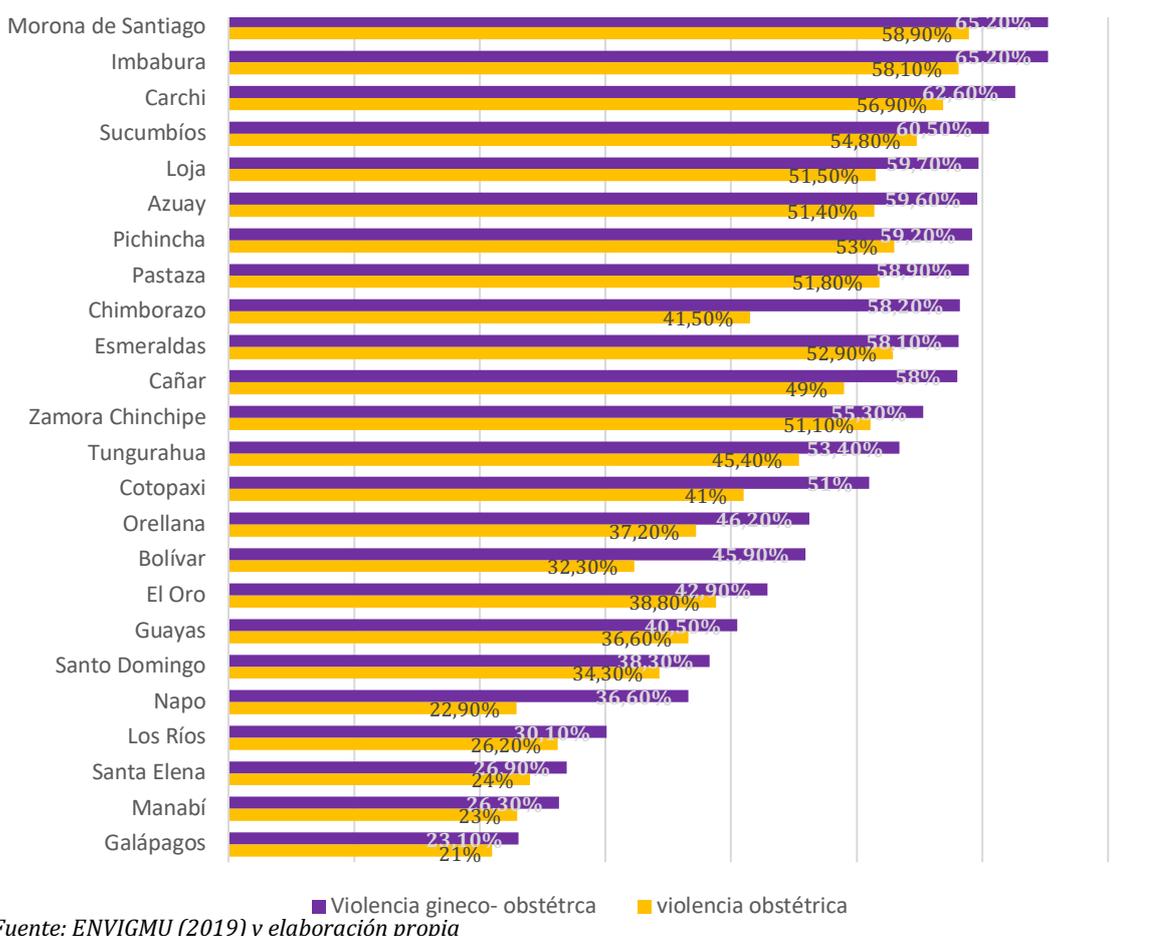
indígenas a acudir a los servicios sanitarios para el control perinatal, lo que pone en riesgo la vida de la madre y el recién nacido (García Rodríguez et al., 2016; Mozo, 2017).

- **Territorio:** Respecto al territorio, la ENVIGMU refleja que un mayor porcentaje de mujeres que habían experimentado algún tipo de violencia obstétrica o gineco-obstétrica habitaban en áreas rurales.

Desagregando esos datos por provincias, se observa que Morona de Santiago, situada en la región amazónica, es la provincia con mayor prevalencia de violencia ginecológica y las Islas Galápagos la de menor prevalencia⁵.

Estudiando el gráfico 7 podemos ver que en general, las provincias de la región amazónica y andina tienen mayor prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica que la región de litoral (INEC, 2019-b).

Gráfico 7: Prevalencia de violencia obstétrica y gineco-obstétrica por Provincias en Ecuador.



⁵ En la ENVIGMU de 2019 se habla del total de hogares encuestados pero no de la cantidad de mujeres que pertenecían a cada provincia, por lo que estas cifras podrían estar sometidas a sesgos.

- **Clase Social:** En la ENVIGMU del 2019 no se agrupan los datos por nivel socioeconómico, por lo que me centraré en el nivel de estudios y el estado civil de las participantes, ya que estos contribuyen a tener mayor o menor estatus social (ver tabla 2).

Respecto al nivel educativo, se observa que más del 70% de las encuestadas que admitieron haber padecido violencia gineco-obstétrica en algún momento de su vida, no tenían estudios o habían realizado un curso de alfabetización y más del 50% tenían únicamente educación básica. Mujeres con estudios superiores sí admitieron haber sufrido algún tipo de violencia (obstétrica o gineco-obstétrica) pero en un porcentaje muy inferior a las primeras.

En relación al estado civil, en las mujeres casadas hay mayor prevalencia de violencia obstétrica y en las separadas, viudas o divorciadas más casos de violencia gineco-obstétrica (INEC, 2019-b).

Tabla 1: Prevalencia de Violencia Gineco-Obstétrica y Obstétrica por nivel de estudios y estado civil.

		Violencia Gineco- Obstétrica	Violencia Obstétrica
Nivel Educativo	Ninguno o con curso de alfabetización	70,2%	58,4%
	Educación Básica	53,9%	48,8%
	Bachillerato	40,9%	36,8%
	Superior	38,5%	33,0%
Estado Civil	Casada o con pareja	50,9%	46,8%
	Separada, viuda o divorciada	53,4%	46,6%
	Soltera	27,2%	16,7%

Fuente: ENVIGMU (2019), INEC, elaboración propia

Por lo tanto, a partir de esta encuesta y otras publicaciones científicas se deduce que sí existen desigualdades en la atención al embarazo y al parto asociadas a los determinantes estructurales de la salud analizados. Los ejes de desigualdad muestran que las mujeres que “menos poder” ostentan en ellos (menor posición socioeconómica, etnia indígena, medio rural) son las que tienen más posibilidades de sufrir violencia gineco-obstétrica y/o violencia obstétrica (Brandão et al., 2018a; INEC, 2019c; Meijer et al., 2020). Respecto a la edad no se ha podido extraer una conclusión clara. Si bien es cierto que el mayor porcentaje de mujeres que denunciaron haber experimentado alguna forma de violencia obstétrica o gineco-

obstétrica tenía en ese momento 65 o más años, se echan en falta datos relacionados con edades menores a los 18 años y la cantidad de mujeres por rango de edad que contestó a la encuesta.

Uno de los aspectos que me parece relevante mencionar es que indiferente del eje social de desigualdad en el que se encontrasen, las mujeres refirieron haber sufrido alguna forma de maltrato gineco-obstétrico u obstétrico (INEC, 2019b).

Varios artículos científicos publicados recientemente exponen que hay ciertos procedimientos e intervenciones en materia obstétrica y gineco-obstétrica que se reproducen sistemáticamente en centros sanitarios de salud sexual y reproductiva de Ecuador. Entre las prácticas de violencia obstétrica y gineco-obstétrica más denunciadas se encuentran:

- Utilización de la maniobra de Kristeller con el objetivo de acelerar el expulsivo en el momento de parto. Esta maniobra está totalmente desaconsejada por la OMS debido a las posibles complicaciones que puede presentar la puérpera, pudiendo producir incluso la muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Sin embargo, un estudio científico realizado en Quito denunció que se continuaba poniendo en práctica y que de las mujeres encuestadas a las que se le había realizado esta técnica (39 de 388 mujeres) el 39% no había recibido ningún tipo de información acerca del procedimiento (Brandão et al., 2018).
- Realización de episiotomía de rutina. La episiotomía consiste en un procedimiento quirúrgico para ensanchar el periné y de esa forma facilitar la salida del recién nacido sin provocar desgarros (Margarita, 2018). La evidencia científica actual ha demostrado que este procedimiento genera riesgo de desgarros aún mayores a los que se intenta prevenir con ella y que el dolor en las mujeres puede quedar para siempre junto con un mayor riesgo de mortalidad asociado a hemorragias e infecciones (Villamar y Quiñonez, 2018). Sin embargo, en muchas ocasiones se continua practicando de forma rutinaria, generando de forma innecesaria daños físicos a la mujer (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Brandão et al., 2018).
- Impedimentos en el acompañamiento durante el parto. En un artículo realizado en la capital del país con una muestra de 360 mujeres, aproximadamente el 50% de las mujeres que habían dado a luz vía vaginal y prácticamente el 90% que lo

habían hecho por cesárea reconocieron que no habían podido tener al lado a ningún ser querido en ese momento (Meijer et al., 2020). Para conseguir una experiencia de parto positiva, la OMS establece necesario que las mujeres tengan a su lado al menos a un acompañante que ellas deseen (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

- **Posición de parto:** La posición vertical es la más fisiológica durante el parto pues en esta postura las contracciones uterinas son más intensas y fuertes, lo que ayuda a la disminución de tiempo de parto y dolor. A pesar de ello, a día de hoy en muchos hospitales está sistematizada la postura horizontal y no se permite decidir a las parturientas. Esta postura no solo incrementa el tiempo de parto, sino que también aumenta la necesidad de medicación anestésica y analgésica (un ejemplo sería la epidural) y el riesgo de cesárea urgente, lo que aumentaría el riesgo de pérdida de vida fetal y materna (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; García Rodríguez et al., 2016; Meijer et al., 2020).
- **Información y posibilidad de decisión:** Esta privación de información y de la capacidad de elección puede estar presente en todas las acciones y procedimientos que se realicen durante la atención al embarazo y al parto, generando en la mujer una pérdida de control y logro personal durante este proceso. Para lograr una experiencia de parto positiva, es preciso que la mujer cuente con toda la información pertinente y que esta sea dada de forma comprensible, para que ella pueda participar activamente en el proceso y tomar sus propias decisiones libremente (Brandão et al., 2018; Meijer et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Relacionando los resultados de la INVIGMU (2019) con las prácticas denunciadas en trabajos científicos se pone de manifiesto que pese a las políticas sociales y sanitarias que existen en el país no se ha logrado eliminar este tipo de violencia contra las mujeres pues: continúa la hegemonía del sistema biomédico frente a otros saberes ancestrales y culturales, algunas mujeres manifiestan haber recibido una atención poco respetuosa y empática y, no se ha conseguido desarrollar la suficiente confianza en todas las gestantes para acudir al centro de salud para el control del embarazo y el parto, lo que podría dar lugar a tasas más altas de mortalidad materna y neonatal (Intriago et al., 2019; Mozo, 2017).

5.3. El papel de la Cooperación Internacional en relación a la Violencia Obstétrica en Ecuador.

En los últimos años se han publicado muchos estudios científicos que revelan la falta de conocimientos del personal sanitario en materia de derechos y el trato negligente que reciben las mujeres en la atención del embarazo y del parto de forma sistematizada en todo el mundo. Además, las continuas denuncias públicas y testimonios de mujeres que habían sufrido alguna forma de maltrato durante su estancia en centros de salud sexual y reproductiva han puesto de manifiesto el arraigo de estas prácticas dentro de los sistemas de salud, ya sean públicos o privados. A pesar de esto, la violencia obstétrica continúa estando tan normalizada dentro de la sociedad que no se ha puesto en marcha ningún tipo de estrategia para definirla ni medir su prevalencia real a nivel mundial (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Brandão et al., 2018).

Para frenar esta problemática, la OMS publicó en 2014 una declaración en la que se proclamaba el derecho de las mujeres a recibir el nivel más alto de cuidados en materia de salud, en el que forma parte el derecho a recibir una atención de calidad y digna en el embarazo y el parto y el derecho a no experimentar ninguna forma de maltrato, violencia o discriminación en este periodo (Organización Mundial de la Salud, 2014). Además, en años sucesivos la OMS ha continuado publicando recomendaciones de cuidados para el embarazo y el parto con el objetivo de que los Estados las incluyan dentro de sus políticas sanitarias y las mujeres puedan gozar de una experiencia agradable durante su estancia en los centros sanitarios de atención gineco-obstétrica. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Según el informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer servicios de salud reproductiva de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2019), es el Estado quien tiene la obligación de proteger, respetar y velar por los derechos de las mujeres en sus territorios. Uno de ellos es el derecho de las mujeres a gozar del mayor nivel posible de salud física y mental durante la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva sin padecer ningún tipo de violencia de género. Asimismo, es competencia del Estado la creación de leyes y políticas encaminadas a prevenir y eliminar la violencia en la atención gineco-obstétrica, llevar ante la justicia a los responsables y proveer algún tipo de protección y compensación a las víctimas.

Tal y como se ha comentado anteriormente, Ecuador tiene una serie de leyes y estrategias específicas para abordar la problemática de la violencia gineco-obstétrica. Estas son:

- La Declaración de los Derechos Humanos y la CEDAW.
- La firma y ratificación de La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar Y Erradicar la Violencia contra La Mujer "Convención De Belem Do Para".
- La Constitución de 2008, en la que se especifica claramente que la interculturalidad y la salud forman parte de los derechos fundamentales del ser humano y la necesidad de estos para que la persona alcance el Sumak Kawsay (Mozo, 2017).
- El "Modelo de Atención Integral a la Salud", en el cual se incluye la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (Pozo et al., 2008).
- La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de Ecuador (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2018).
- Las recomendaciones de la OMS.
- Las distintas recomendaciones, guías de práctica clínica y protocolos para la atención del parto culturalmente adecuado existentes en cada hospital dentro de las diferentes provincias ecuatorianas.

Pese a todo ello, a partir de la INVIGMU (2019) y el Cuestionario maltrato y la violencia contra las mujeres en los cuidados de salud reproductiva y el parto en centros de salud (2019), se observa que estas estrategias no han sido del todo efectivas para eliminar la presencia de prácticas de violencia gineco-obstétrica en el país, sobre todo, en mujeres indígenas y en aquellas con niveles más bajos de estudios (INEC, 2019c; Intriago et al., 2019).

No es posible valorar si la prevalencia de este tipo de violencia de género ha variado con la aplicación de dicha táctica debido a que solamente se ha investigado una sola

vez en el país. Para ello, habría que realizar y analizar posteriores estudios y encuestas.

Conforme al informe de la Relatora Especial (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019) es competencia del Estado resolver las siguientes cuestiones:

- Los problemas en centros de atención a la salud sexual y reproductiva de etiología estructural y derivados de esta que ponen de manifiesto la presencia de clases socioeconómicas discriminatorias en la sociedad.
- La ausencia de formación y educación adecuada de todos los profesionales sanitarios en materia de derechos humanos, y por ende, de los derechos de las mujeres.
- La escasez de personal sanitario cualificado y el consiguiente colapso y negligencia que se puede producir en los centros sanitarios al no poder atender a todas las pacientes que se debería.
- La insuficiencia presupuestaria. La Relatora Especial sostiene que: “Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto” (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019: 24). En virtud de ello, el Estado y más específicamente, el Ministerio de Salud, además de formular planes estratégicos y guías de atención médica para conseguir la disminución de la prevalencia de violencia obstétrica y/o gineco-obstétrica en los centros de salud sexual y reproductiva debe destinar una partida presupuestaria acorde a los gastos que se generarían de una correcta puesta en marcha (Mozo, 2017).

Otro de los asuntos que considera fundamental la Relatora Especial (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019) para la disminución de la violencia obstétrica es la existencia y aplicación del consentimiento informado en los centros de salud sexual y reproductiva.

En Ecuador, el consentimiento informado está legitimado a partir de Acuerdo Ministerial 5316 y el Ministerio de Salud Pública de Ecuador lo definió como: “Proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud” (Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, 2017: 15). Bajo este preámbulo, toda mujer tiene derecho a recibir información suficiente, comprensible y veraz previa realización de cualquier tipo de procedimiento o técnica realizada por el personal sanitario. Según corresponda se dará de forma oral o escrita sin coartar la libertad de decisión de la mujer.

Pese a la existencia de este acuerdo ministerial y otras leyes que ratifican el consentimiento informado como la Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, 2017), artículos científicos publicados por Brandão et al., (2018) y Meijer et al., (2020) han revelado que en determinadas ocasiones, mujeres que habían sido atendidas en centros de salud sexual y reproductiva no siempre habían recibido la información pertinente antes de que se le practicase un procedimiento o intervención gineco-obstétrica. Este hecho se traduce en la existencia de un problema estructural en los centros sanitarios de sexual y reproductiva que conlleva la violación del derecho de la mujer a la recepción y aceptación del consentimiento informado y la pérdida de su libertad de autonomía y decisión.

Por todo lo anteriormente descrito, la Cooperación Internacional ya sea desde Organismos Internacionales como puede ser la OMS o desde Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGDs), podría llevar a cabo acciones de tres tipos: Educación para el Desarrollo (ED), incidencia política y participación empoderadora. Además, estas acciones se ven más adecuadas si son realizadas desde la cooperación feminista, ya que aparte de la defensa de los derechos de las mujeres en materia gineco-obstétrica este enfoque permitirá insistir en la necesidad del abandono de la ideología androcentrista que actualmente está incluida en las políticas y guías de salud sexual y reproductiva del país (Varela, 2019).

El objetivo fundamental de estas acciones consiste en abandonar el sistema heteropatriarcal existente que fomenta las desigualdades entre hombres y mujeres por otro modelo de desarrollo en el que la vida y su sostenibilidad se encuentren en el centro (del Río et al., 2013). De esta forma, se conseguirá que desaparezca la

jerarquía actualmente impuesta propia del patriarcado que limita el acceso a la participación activa de las mujeres.

Mediante la incidencia política se podría insistir en la obligación del Estado ecuatoriano de elaboración de leyes en materia sanitaria con un enfoque más feminista y el cumplimiento en su territorio de las leyes y guías de prácticas clínicas legitimadas nacional e internacionalmente.

La participación empoderadora de las mujeres daría lugar a que contribuyesen activamente en la sociedad y así poder lograr un cambio estructural que permita acabar con las situaciones de desigualdad propias del modelo de desarrollo actual que tanto oprime a las mujeres, principalmente aquellas más desfavorecidas en los ejes de desigualdad social (del Río et al., 2013; Del Río et al., 2014; Varela, 2019). Este acto contribuiría a que el Gobierno ecuatoriano estuviese más en consonancia con la Agenda 2030 y los ODS y, por ende, a que las mujeres en Ecuador sufrieran menos formas de maltrato y discriminación que puedan poner en riesgo la vida de la mujer y el recién nacido, durante la atención gineco-obstétrica en los centros de salud sexual y reproductiva (del Río et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019).

Entre las reivindicaciones que podrían formar parte de la incidencia política de un organismo de cooperación para el desarrollo para la erradicación de la violencia obstétrica y gineco-obstétrica en los centros de atención sanitaria en Ecuador encontramos:

- La necesidad de un cambio ideológico en la articulación de las políticas en materia gineco-obstétrica abandonando la concepción androcentrista de que el embarazo, parto o puerperio son procesos patológicos que precisan medicación (Varela, 2019).
- La presencia de correlación entre las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y el presupuesto destinado a ellas para ofrecer una atención sanitaria de calidad (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019). Este hecho resulta fundamental pues como exponía Carmen Mozo (Mozo, 2017) en Ecuador ha habido muchos intentos de articulación de políticas y leyes en relación a la salud y la interculturalidad que no han podido ser llevadas a la práctica por falta

de fondos y cuando se han llevado a cabo ha sido por la participación de agentes de Cooperación Internacional.

Igualmente, la capacitación del profesional sanitario en materia de derechos e interculturalidad debe ser contemplado en el coste total de las políticas, guías de actuación y protocolos para que cada centro sanitario pueda destinarlo a esa causa.

- El deber de los Estados a afrontar la problemática de maltrato y violencia dirigida a las mujeres durante la atención en centros de salud sexual y reproductiva. Para ello, es necesario que se realice periódicamente una profunda investigación para conocer en qué medida y cómo afecta la violencia obstétrica y gineco-obstétrica a las mujeres ecuatorianas durante la atención al embarazo y parto, incluyendo las causas estructurales y sistémicas. Del mismo modo han de publicar los resultados obtenidos con el fin de servir de guía en la revisión de las leyes, políticas y planes de acción relacionados con la salud sexual y reproductiva (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2014).
- Por último, se considera fundamental que el Estado promueva la presencia de cooperación productiva entre instituciones sanitarias, asociaciones de profesionales del ámbito de la salud con ONGDS, asociaciones de mujeres y el movimiento indígena para lograr una experiencia de parto humanizado en todas las mujeres, teniendo en cuenta sus preferencias, decisiones y valores culturales en todo momento (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019; Mozo, 2017).

6. CONCLUSIONES

A pesar de los intentos de la Cooperación Internacional para lograr la erradicación de las malas prácticas de violencia obstétrica a nivel mundial y, en concreto en Ecuador, se observa que aún queda mucho por realizar para alcanzar las metas propuestas para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5 relacionados con la salud sexual y reproductiva. El hecho de que no exista una definición única ni instrumentos de medición que puedan ser utilizados internacionalmente limita la posibilidad de acción y promueve la invisibilización de esta forma de maltrato hacia las mujeres.

Ecuador ha legitimado todas las Convenciones y tratados que se han realizado en defensa del derecho de las mujeres a no padecer ninguna forma de discriminación o maltrato y además, ha incluido dentro de su propia legislación y planes nacionales de salud pública en materia ginecológica y obstétrica estrategias encaminadas a la disminución de la violencia gineco-obstétrica en mujeres ecuatorianas. Sin embargo, estas han sido elaboradas bajo una visión heteropatriarcal que ha imposibilitado la paridad entre géneros y mujeres de diferente nivel socioeconómico y etnia favoreciendo la hegemonía del sistema biomédico (liderado generalmente por hombres) frente a otros saberes ancestrales mucho más respetuosos con la vida humana.

La encuesta de la ENVIGMU de 2019 puso en tela de juicio la efectividad de la legislación, las políticas de salud sexual reproductiva y guías de práctica clínica existentes hasta el momento al incluir por primera vez como categoría la violencia obstétrica y la gineco-obstétrica. En ella se reflejó que en todos los ejes sociales de desigualdad las mujeres encuestadas denunciaron haber sufrido alguna forma de violencia gineco-obstétrica y/o obstétrica. La prevalencia de ambas se vio incrementada en mujeres indígenas, mujeres que habitaban en zonas rurales y aquellas con niveles de estudios más básicos.

En el análisis del contexto geográfico y demográfico del país se señalaron las regiones andina y amazónica como aquellas con más población indígena y más área rural. Asimismo, el INEC identifica la región andina con la cifra de razón de mortalidad materna más alta del país. Si bien es cierto que no se ha encontrado bibliografía que confirme que toda clase de violencia obstétrica y gineco-obstétrica genere mayor mortalidad materna sí se especifica en ella que ciertas prácticas realizadas cotidianamente en los centros de salud sexual y reproductiva están asociadas a mayores complicaciones y, por tanto, exista riesgo de mortalidad en el momento del parto. Con los datos a los que se ha tenido acceso no ha sido posible verificar la etiología de la mortalidad materna pero estos sugieren que sí podrían estar estrechamente relacionadas.

Respecto a la consecución de información, es necesario especificar en este momento que en algunas ocasiones no se ha podido encontrar datos segregados por sexos o por territorio, lo que ha podido dar lugar a sesgos en su interpretación. Estos hechos han sido reflejados durante la redacción del documento y ponen de manifiesto la falta de documentación que existe todavía en perjuicio de las mujeres.

En definitiva, hasta hace muy poco la violencia obstétrica y gineco-obstétrica en el país estaba totalmente invisibilizada y asumida por la sociedad. Se ha identificado claramente la ineffectividad de las estrategias llevadas a cabo por el gobierno para su erradicación, considerándose oportuna una nueva revisión de ellas y la destinación de mayor presupuesto para poder implantarlas en todas las provincias del país sin diferencias entre ellas.

Agentes de la Cooperación Internacional al Desarrollo podrían ayudar a este aspecto realizando proyectos de educación para el desarrollo en los que se capacitase a la sociedad en general y a los profesionales de la salud en particular acerca de la necesidad de establecer un nuevo sistema de desarrollo más humanista, en el que todas las personas puedan gozar de igualdad de oportunidades y acceso a una atención sanitaria de calidad, sin diferenciación de género, etnia, edad, territorio o clase social al que pertenezca; de incidencia política en clave de derechos humanos en defensa de los derechos de las mujeres y, empoderamiento de las mujeres para lograr una mayor participación activa de ellas en la sociedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH. (1993). *ACNUDH / Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Aguirre, Z. (2012). Diversidad Étnica-Cultural del Ecuador. *Estudios Universitarios*, 2002010010, 163-173. Recuperado de: <file:///Users/albamartinforero/Downloads/DIVERSIDAD ETNICA.pdf>
- Asamblea General de 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*. A/74/137. 26.
- Banco Mundial. (s. f.). *Indicadores del desarrollo mundial | Banco de datos*. Recuperado 3 de febrero de 2020, de <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de los Ríos, M. M., Meijer, M., y Falcon, K. (2018a). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(1), 84-88. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de los Ríos, M. M., Meijer, M., y Falcon, K. (2018b). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito,

- Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84-88. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2018). *LEY ORGÁNICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES*. Ecuador
 - Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. (2017). *Documento de Socialización del Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la práctica asistencial*. Recuperado de: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
 - Del Río, A., Dema, S., y Gandarias, I. (2014). *Desde abajo: alianzas para una cooperación feminista*. Recuperado de: http://publicaciones.hegoa.ehu.es/assets/pdfs/308/Desde_abajo.pdf?1396523689
 - del Río, A., Dema, S., y Palacios, R. A. (2013). *VOCES Y SABERES FEMINISTAS Hacia una agenda de cooperación emancipadora* (Hegoa y U. del P. Vasco (eds.)).
 - Diana, D., Coordinadora, G., y Género, D. V. De. (2015). «Violencia Obstétrica». 2015
 - Ecuador, P. del. (s. f.). *Mapa político del Ecuador ; Provincias del Ecuador*. Recuperado 1 de febrero de 2020, de <https://provinciasecuador.com/mapa-politico-del-ecuador/>
 - Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128.
 - Freidenberg, F., Pachano, S. (2016). *El sistema político ecuatoriano*. FLACSO Ecuador. Recuperado de: http://www.simonpachano.com/uploads/2/1/4/3/21439124/freidenberg-pachano_el_sistema_politico.pdf
 - García Rodríguez, Y., Anaya González, J. L., Acosta Limaico, M. B., Álvarez Moreno, L. M., López Aguilar, E., y Vasquez Figueroa, T. I. (2016). Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), 485-492.
 - Herrán, A. de la, Ruiz, A., & Lara, F. (2018). Claves del cambio educativo en Ecuador. *Foro de Educación*, 16(24), 141-166.
 - INEC. (2019a). *ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES (ENVIGMU) METODOLOGÍA*.
 - INEC. (2019b). *Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018*. 1-69.
 - INEC, I. N. de E. y C. (2019c). *Familiares Y Género Contra Las Mujeres (Envigmu)*. 1-92.
 - INOCAR. (2012). *CAPÍTULO I: Información General de la República del Ecuador*. Recuperado de: https://www.inocar.mil.ec/docs/derrotero/derrotero_cap_I.pdf
 - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (s. f.). *Población y Demografía |*. Recuperado

- 3 de marzo de 2020, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019a). *Registro Estadístico de Defunciones Generales, 2018*. 14.
 - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019b). *Registro estadístico de nacidos vivos*. 1-15.
 - Intriago, F. C., Murillo Nevárez, P., Bahamonde, C., Rocío, R., Loachamín, N., Leonardo, E., y Pesantez, O. (2019). *Cuestionario maltrato y la violencia contra las mujeres en los cuidados de salud reproductiva y parto en centros de salud*. Recuperado de: www.dpe.gob.ec
 - Inuca Tocagón, V., Icaza Cadena, L., Recalde Navarrete, R., Cevallos Salazar, J., y Romero Sandoval, N. (2014). Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud. *Duazary*, 11(2), 131. Recuperado de: <https://doi.org/10.21676/2389783x.820>
 - Macías, M. G., Haro, J. I., Piloso, F. E., Galarza, G. L., Quishpe, M. del C., y Triviño, B. N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415. Recuperado de: <https://doi.org/10.23857/pocaip>
 - Margarita, E. (2018). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO* [Universidad Autónoma de Madrid]. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
 - Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S., y Falcon, K. (2020). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148(3), 355-360. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
 - Ministerio de Educación. (s. f.-a). *Bachillerato General Unificado* . Recuperado 14 de marzo de 2020, de <https://educacion.gob.ec/bachillerato-general-unificado/>
 - Ministerio de Educación. (s. f.-b). *Educación General Básica* -. Recuperado 14 de marzo de 2020, de https://educacion.gob.ec/educacion_general_basica/
 - Ministerio de Salud Pública. (2016). *Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual*. Recuperado de: www.salud.msp.gob.ec
 - Mozo, C. (2017). Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas. *Comparative Cultural Studies - European and Latin American Perspectives*, 2(3), 55-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.13128/CCSELAP-20826>

- Naciones Unidas. (s. f.-a). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer*. Recuperado 30 de marzo de 2020, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Naciones Unidas. (s. f.-b). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Salud y Bienestar*. Recuperado 30 de marzo de 2020, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. *Declaración de la OMS*, 1-4. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.echo.2005.01.032>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, septiembre 19). *Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno-infantil son más elevadas que nunca*. who.int. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
- Pachano, S. (2010). Ecuador: El nuevo sistema político en funcionamiento. *Revista de Ciencia Política*, 30(2), 297-317. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/s0718-090x2010000200007>
- PNUD. (2019). *Human Development Data (1990-2018) | Human Development Reports*. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/en/data>
- PNUD, A. L. y el C. (2018). *Amplias desigualdades en el bienestar de las personas ensombrecen el progreso continuado en el desarrollo humano | PNUD en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/pressreleases/2018/wide-inequalities-in-peoples-well-being-cast-a-shadow-on-sustain.html>
- Pozo, S., Fuentes, G., y Calderón, L. (2008). *Guía Técnica para la Atención al Parto Culturalmente Adecuado*.
- United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. Recuperado de: [https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume I/Chapter IV/IV-8.en.pdf](https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-8.en.pdf)[https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume I/Chapter IV/IV-8.en.pdf](https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-8.en.pdf)
- Valera, N. 2019. *Feminismo para principantes*. Madrid.
- Valladolid, U. de. (s. f.). *Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo*.

Recuperado 27 de marzo de 2020, de <https://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.02.mastersoficiales/2.02.01.ofertaeducativa/detalle/Master-en-Cooperacion-Internacional-para-el-Desarrollo/>

- Villacís, B., y Carrillo, D. (2012). País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. *Analitika*, 52. Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf
- Villamar, V. Z., & Quiñonez, S. V. (2018). Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas Postpartum hemorrhage due to perineal tear in primiparous women. *Revista Cumbres*, 5(1390-3365), 125-135. Recuperado de: <http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres>

8. ANEXOS

Anexo 1: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. (Basado en Solar e Irwin y Navarro). Recuperado de:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911111003025?token=09A7239FD3A56800FC4F70617FCC8C7FBF1D19E5822FC5826E5896E256C9A93CDDA7C94CD1CDBDD58636DAC3D05E8750>

Anexo 2: Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares Y Violencia De Género Contra Las Mujeres (ENVIGMU). 2019

Violencia Gineco-obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le hicieron algún comentario o insinuación sexual que le hizo sentir ofendida, humillada o incómoda al momento de la atención ginecológica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han impedido estar acompañada de alguna persona de su confianza durante la atención ginecológica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han insistido en que debe tener hijos/as o que ya no debe tener hijos/as, sin existir una razón médica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han examinado en presencia de otras personas sin pedirle su consentimiento ni brindarle ninguna explicación de su presencia? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han realizado Papanicolaou, tacto vaginal, mamografía u otro procedimiento sin explicarle en qué consiste y para qué sirve? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetriz, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le recetaron o le colocaron algún método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios que puede provocar su uso? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a,
-----------------------------	--

	<p>enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): recibió gestos o comentarios cuando le preguntaron por el número de parejas sexuales que han tenido?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿A lo largo de la vida ha recibido alguna atención ginecológica? ¿A lo largo de su vida usted ha tenido algún embarazo? • ¿Le asesoraron de manera que usted pueda decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea? • ¿Le indicaron los riesgos o beneficios del parto normal? • ¿Le indicaron los riesgos o beneficios del parto por cesárea? • ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué fue necesario hacer la cesárea? • ¿En alguno de sus partos: la gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho? • ¿En alguno de sus partos: la ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto? • ¿En alguno de sus partos: le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema)? • ¿En alguno de sus partos: le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación? • ¿En alguno de sus partos: le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto? • ¿En alguno de sus partos: durante la labor de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted? • ¿En alguno de sus partos: le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En alguno de sus partos: le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto? • ¿En alguno de sus partos: le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo y/ o le suturaron sin anestesia local? • ¿En alguno de sus partos: le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En alguno de sus partos: le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron, o esterilizaron sin su consentimiento para ya no tener hijos/as (ligadura de trompas u otro)? • ¿En alguno de sus partos: la presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos/as? • ¿En alguno de sus partos: le pidieron autorización a otra persona para realizarle una esterilización (ligadura)?
Violencia Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿A lo largo de la vida ha recibido alguna atención ginecológica?, en el embarazo y postparto • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le hicieron algún comentario o insinuación sexual que le hizo sentir ofendida, humillada o incómoda al momento de la atención ginecológica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han impedido estar acompañada de alguna persona de su confianza durante la atención ginecológica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han insistido en que debe tener hijos/as o que ya no debe tener hijos/as, sin existir una razón médica? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han examinado en presencia de otras personas sin pedirle su consentimiento ni brindarle ninguna explicación de su presencia? • Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le han realizado papanicolaou, tacto vaginal, mamografía u otro procedimiento sin explicarle en qué consiste y para qué sirve?

- Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): le recetaron o le colocaron algún método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios que puede provocarle su uso?
- Durante toda su vida, ¿En alguna de las atenciones ginecológicas recibidas, sin incluir atenciones por parto, algún personal de la salud (médico/a, enfermero/a, obstetras, interno/a, auxiliar de enfermería, estudiante): recibió gestos o comentarios cuando le preguntaron por el número de parejas sexuales que han tenido?
- ¿Este hecho ocurrió principalmente en? ¿A lo largo de su vida usted ha tenido algún embarazo?
- ¿Le asesoraron de manera que usted pueda decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea?
- ¿Le indicaron los riesgos o beneficios del parto normal?
- ¿Le indicaron los riesgos o beneficios del parto por cesárea?
- ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué fue necesario hacer la cesárea?
- ¿En alguno de sus partos: la gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho?
- ¿En alguno de sus partos: la ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto?
- ? ¿En alguno de sus partos: le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema)?
- ? ¿En alguno de sus partos: le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación?
- ? ¿En alguno de sus partos: le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?
- ? ¿En alguno de sus partos: durante la labor de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?
- ¿En alguno de sus partos: le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?
- ¿En alguno de sus partos: le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto?

	<ul style="list-style-type: none">• ¿En alguno de sus partos: le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo y/ o le suturaron sin anestesia local?• ¿En alguno de sus partos: le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?• ¿En alguno de sus partos: le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron, o esterilizaron sin su consentimiento para ya no tener hijos/as (ligadura de trompas u otro)?• ¿En alguno de sus partos: la presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos/as?• ¿En alguno de sus partos: le pidieron autorización a otra persona para realizarle una esterilización (ligadura)?
--	---

Fuente: INEC. Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas Sociales/Violencia de genero 2019/Documento%20metodologico%20EN VIGMU.pdf>