

UCUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Carrera de Derecho

Análisis del Caso N° 0904-12-JP relacionado con la Violencia Obstétrica cometida por el Personal Médico del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de El Oro.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Abogada de los Tribunales de Justicia de la República y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociales.

Autora:

Ariana Camila Torres Guamán

CI: 0104819594

Correo electrónico: arycami1620@gmail.com

Director:

Dr. Simón Bolívar Valdivieso Vintimilla

CI: 0101668374

Cuenca, Ecuador

17-junio-2022

Resumen:

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad el análisis de la sentencia N° 0904-12-JP emitida por la Corte Constitucional, mismo que analiza la violencia obstétrica, término tomado en cuenta desde el 2018, por la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el proceso en cuestión hace referencia a un hecho suscitado en el Hospital del Seguro Social de El Oro, en el año 2011, donde se produce violencia obstétrica por parte del personal médico al derivar a la paciente en un estado delicado de salud al Hospital Teófilo Dávila por no contar con la vigencia del derecho, pues la institución pensó que el empleador de la accionante se encontraba en mora respecto a los roles de pago del seguro. El análisis de este caso pretende examinar a través de la doctrinaria, jurisprudencia y normativa, el término violencia obstétrica, para tener un mayor conocimiento del mismo.

En conclusión, en base a lo analizado se verifica la existencia de violencia obstétrica en el presente caso, sin embargo, se toma en consideración varios motivos por el que se puede generar este tipo de conducta, además se hace referencia a una serie de medidas para evitar que este comportamiento se repita.

Palabras claves: Violencia obstétrica. Personal de la salud. Vulneración de derechos.

Reparación integral.

Abstract:

The purpose of this research project is to analyze judgment No. 0904-12-JP issued by the Constitutional Court, which analyzes obstetric violence, a term taken into account since 2018, by the Law to Prevent and Eradicate Violence. Against Women, the process in question refers to an event that occurred in the Social Security Hospital of El Oro, in 2011, where obstetric violence occurred by medical personnel when derive the patient in a delicate state of health to the Teófilo Dávila Hospital for not having the validity of the right, since the institution thought that the patient's employer was in arrears with respect to the insurance payment roles. The analysis of this case aims to delve through the doctrine, jurisprudence and regulations, the term obstetric violence, to have a better understanding of it.

In conclusion, based on what has been analyzed, the existence of obstetric violence is verified in the present case, however, several reasons are taken into consideration for which this type of behavior can be generated, in addition, reference is made to a series of measures to prevent this behavior from recurring.

Keywords: Obstetric violence. Health personnel. Violation of rights. Comprehensive repair.

Índice

Resumen:	2
Abstract:	3
Índice	4
Introducción	11
Capítulo I. Marco Teórico.	13
1.1. Violencia Obstétrica- Consideraciones Generales.....	13
1.1.1. Nacimiento de la Obstetricia y su Importancia en la Actualidad	13
1.1.2. Paradigmas de la Medicina	20
1.1.3 Patologización del Embarazo	28
1.1.4. Desarrollo de la Violencia Obstétrica	33
1.1.5. Definición De Violencia Obstétrica	35
1.1.6. Tipos de Violencia que Abarca	39
1.1.7. Relación de la Violencia de Género con la Violencia Obstétrica	45
1.1.8. La Violencia Obstétrica y su Relación con los Derechos Humanos	47
1.1.8.2 Relación de la Violencia Obstétrica con el derecho a la intimidad.....	49
1.1.9 Marco Jurídico de la Violencia Obstétrica.....	50
Capítulo II. Análisis de los Casos N° 07952-2011-0836; N° 07111-2011-1609	57
2.1. Análisis del Caso N° 07952-2011-0836	57
2.1.1. Argumentos Relevantes de las Partes.....	57

2.1.2. Análisis de la Sentencia Emitida	64
2.2 Análisis del Caso N° 07111-2011-1609	65
2.2.1. Análisis de la Sentencia Emitida	66
Capítulo III. Análisis de la Sentencia N° 904-12-JP/19	66
3.1. Análisis Doctrinario y Normativo de las consideraciones previas emitidas por la Corte Constitucional.	67
3.2. Análisis de la relación existente entre la violencia obstétrica y la vulneración del derecho de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños a recibir atención prioritaria	73
3.3. Análisis Doctrinario y Normativo respecto a la relación entre la violencia obstétrica y el derecho a la Salud de la mujer embarazada.	79
3.4. Análisis Doctrinario y Normativo del derecho a la seguridad social brindado a las mujeres embarazadas.	87
3.5. Análisis respecto a la reparación integral dada en el presente caso.....	89
Capítulo IV. Resolución del Caso Práctico	93
4.1. Encuestas realizadas a distintos profesionales de la salud.....	93
4.1.1. Resultados de la encuesta respecto al conocimiento de la violencia obstétrica ..	94
4.2. Entrevista a los Profesionales de la Salud.....	99
4.2.1 Criterios Respecto al Presente Caso.....	99
4.2.2. Recomendaciones para evitar caer en este tipo de conductas	107
4.3. Conclusiones.....	111
4.4. Recomendaciones.	112

Referencias	114
Anexos	124

Ariana Camila Torres Guamán en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Análisis del Caso N° 0904-12-JP relacionado con la Violencia Obstétrica cometida por el Personal Médico del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de El Oro”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de junio del 2022



Ariana Camila Torres Guamán

C.I: 010481959-4

Cláusula de Propiedad Intelectual

Ariana Camila Torres Guamán, autora del trabajo de titulación “Análisis del Caso N° 0904-12-JP relacionado con la Violencia Obstétrica cometida por el Personal Médico del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de El Oro”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 17 de junio del 2022



Ariana Camila Torres Guamán

C.I: 010481959-4

Dedicatoria

Deseo dedicar el presente trabajo de investigación a mi madre Katty Guamán, quien me ha apoyado de manera incondicional tanto económica como emocionalmente durante todos estos años. A mi padre Freddy Torres, que me ha brindado su ayuda de varias maneras y en múltiples ocasiones. Por último, a mi hermano Juan Bravo, quien a pesar de la distancia ha sido un soporte en la vida de mi madre y mía.

Agradecimiento

A la Universidad de Cuenca, especialmente a la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales, por brindarme la educación y concederme herramientas para mi futura vida profesional y personal.

A mi tutor, el Doctor Simón Valdivieso, por brindarme sus conocimientos, sabiduría y tiempo para culminar este trabajo de investigación, siendo para mí un honor el haber sido su estudiante.

Introducción

La violencia obstétrica es un término que se introduce en el Ecuador en el año 2018 con la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, con posterioridad a aquello, toma interés por parte de la Corte Constitucional en el año 2019, quienes analizan la acción de protección N° 07952-2011-0836 para emitir la sentencia N° 904-12-JP/19, misma que ahonda en este tipo de violencia.

La violencia obstétrica a pesar de haber existido a lo largo del tiempo, toma importancia en el país durante los últimos 5 años, por lo que es fundamental que, a través de información que puede ser obtenida mediante un análisis doctrinario, normativo y jurisprudencial, se pueda lograr un mejor entendimiento y comprensión de lo que implica esta clase de violencia.

Es preciso señalar que el término violencia obstétrica se compone de las palabras violencia y obstetricia, es por ello que, en el primer capítulo de este proyecto de investigación, se comenzará con la recopilación de información referente al nacimiento de la obstetricia y su importancia, para continuar con los paradigmas de la medicina que contiene distintos modelos desarrollados a lo largo del tiempo, una vez analizadas las bases de la obstetricia, se continuará con la patologización del embarazo, a continuación se hará referencia a la violencia obstétrica, se comienza señalando el desarrollo de la misma, para continuar con su definición, una vez que se haya analizado que implica este término, se menciona los tipos de violencia que abarca, también se examina su relación con la violencia de género y con los Derechos humanos. Este capítulo finaliza con un análisis Jurisprudencial y normativo de la violencia obstétrica, se comienza señalando su regulación a nivel

internacional, considerando la jurisprudencia internacional relevante, para continuar con el estudio a nivel nacional.

El segundo capítulo comienza con el análisis del Caso N°07952-2011-0836, se toma en consideración los argumentos relevantes de ambas partes y su relación con la violencia obstétrica, para concluir con el análisis de la sentencia emitida, también se estudia la sentencia del Caso N° 07111-2011-1609, mismo que corresponde a la apelación del caso antes mencionado.

El Capítulo III se refiere netamente al análisis de la Sentencia N° 904-12-JP/19 emitida por la Corte Constitucional, se inicia con un estudio doctrinario y normativo de las consideraciones previas emitidas por la Corte, para continuar examinando con apoyo normativo y jurisprudencial la relación que existe entre la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas a recibir atención prioritaria, también se observa la relación entre este tipo de violencia y el derecho a la salud de la mujer embarazada, además se considera el derecho a la seguridad social brindado a la mujeres embarazadas, se concluye con el análisis de la reparación integral que se da en el caso presente.

Por último, en el cuarto capítulo se realiza una encuesta distintos profesionales de la salud, médicos/as y enfermeros/as para saber el conocimiento que poseen respecto a este tipo de violencia, por último, se realiza una entrevista a cuatro médicos, dos médicos generales y dos médicos ginecólogos para conocer sus criterios respecto al caso y que recomendaciones pueden dar para evitar que actos que se consideren violencia obstétrica se repitan.

Capítulo I. Marco Teórico.

1.1. Violencia Obstétrica- Consideraciones Generales

1.1.1. Nacimiento de la Obstetricia y su Importancia en la Actualidad

Es importante destacar que el nacimiento de la Obstetricia deriva de un proceso histórico relacionado con la violencia de género, este suceso histórico es la conocida cacería de brujas. Comenzaré con un recuento profundo de los hechos que llevaron al surgimiento de esta rama de la Medicina:

En 1300 la sociedad en Francia y Alemania cree en lo sobrenatural y la magia, aún la iglesia lo mira como algo común de la vida campesina. En aquellos tiempos la medicina difícilmente existe y es solo para la gente de clase alta, la salud de la mayoría de la población está en manos de comadronas y de mujeres sabias que utilizan las hierbas y magias para curar. (Canal Roland Barriga, 2021, 3m00s)

La autora y bruja Margot Adler indica que el original significado de bruja era sacerdotisa o sacerdote, persona dedicada a la medicina, era quien elaboraba cosas necesarias para vivir, como crecer los cultivos, ayudar a una comunidad a sanarse, incluso asegurarse de que el alumbramiento sea exitoso. (Canal Roland Barriga, 2021, 3m30s)

Como notamos en un inicio las brujas tenían un papel fundamental en la sociedad, eran consideradas como curanderas y velaban por la seguridad de las personas, esto es fundamental pues su papel también consistía en ser las comadronas de la época.

El Continente comienza a sufrir, resultado del caos, la hambruna y guerras, estalla la guerra entre Inglaterra y Francia, después se extiende a toda Europa. En octubre de 1348 la peste negra ha cubierto el Continente, muere un tercio de la población, es así que los líderes

políticos y religiosos empiezan a imaginar que detrás del caos está el mal, es decir, conspiraciones satánicas, rivales políticos y minorías religiosas; estos grupos son acusados de intentar alterar el orden cristiano. (Canal Roland Barriga, 2021, 8m00s)

En el siglo XV Europa se obsesiona con la introducción de sectas adoradoras del demonio a través del Sabbat, representada como una ceremonia de lo obscuro, siendo lo más abominable de este evento el sacrificio ritual de bebés recién nacidos. (Canal Roland Barriga, 2021, 10m15s)

Es así que comienza la cacería de brujas, la mayor parte de los acusados y ejecutados son mujeres, ya que como el *maleus maleficarum*¹ explica, es la falta de inteligencia y voluntad, junto con los insaciables deseos sexuales lo que hace a las mujeres especialmente susceptibles del poder de satán. (Canal Roland Barriga, 2021, 14m19s)

Algunas de las actividades que fueron amenazantes para las élites religiosas, políticas y cultas, son oficios tales como cocineras, perfumistas, curanderas, consejeras, campesinas, parteras o nanas, estas actividades se realizaban a través del desarrollo de conocimientos adquiridos por cuenta propio. (Blazquez, 2008, pg. 26)

La sociedad patriarcal de aquel tiempo solo podía concebir que los problemas venían de las mujeres, nunca cuestionaban el papel de los hombres aun cuando el bienestar de la sociedad se encontraba en sus manos al ser los únicos que podían ostentar cargos altos para dirigir al pueblo.

La historiadora Natalie Zemon Davis dice que las mujeres representan por excelencia desórdenes secretos, como son los secretos del alumbramiento, la potencia e impotencia

¹ Manual de un cazador de brujas publicado en 1486.

sexual y la fertilidad. Todo esto sumado a la creencia acerca de la inferioridad de las mujeres y su sexualidad, provoca que se equiparen las fuerzas de las mujeres con las fuerzas del desorden. (Canal Roland Barriga, 2021, 23m00s)

Margot Adler bruja y autora de varios libros señala que cuando las personas piensan en brujería piensan en las mujeres esto se debe a la conexión de ambos con los procesos de la vida, pues son las que dan a luz. No es coincidencia que la institución de las comadronas fue brutalmente suspendida por la iglesia y también por la medicina, ya que tienen que ver con el control de las mujeres sobre este sorprendente poder. (Canal Roland Barriga, 2021, 24m30s)

Como se había mencionado las mujeres eran las que en aquella época tenían conocimiento de sus cuerpos, para el resto todo lo que implicaba el nacimiento, menstruación y cambios producidos en el cuerpo femenino era un tabú, era tan mal visto el tener conocimiento de nuestro propio cuerpo que hasta se llegó a afirmar que aquellos saberes derivaban del demonio.

Desde los años setenta se ha presentado trabajos que indican que la persecución de brujas fue principalmente una persecución hacia las mujeres. Fue un fenómeno multicausal compuesto por elementos como la misoginia, el respaldo legal para controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres; el deseo de controlar a las mujeres independientes. Fue el patriarcado el factor fundamental en el desarrollo de la persecución. (Blazquez, 2008, pg. 25)

Desde mi perspectiva, la cacería de brujas fue un alto al desarrollo que estaban teniendo las mujeres en aquella época. Se comenzó a tener en cuenta los logros realizados

por las mismas por lo que se limitó su avance bajo la excusa de mantener el orden de la sociedad que se encontraba en manos del mal.

Las parteras vistas como brujas permitían explicar la razón por la que murieron varios niños al nacer, pues según el *Malleus Maleficarum* era deber de las parteras el matar a los niños como ofrenda para el Demonio. (Blazquez, 2008, pg. 29)

Es así que en el siglo XVIII los hombres comienzan a intervenir en el parto, pues el nacimiento antes era una labor exclusiva de las mujeres. El motivo de la intervención se relaciona con que las parteras comenzaron a recibir cargos por brujería, pues tenían cierto poder sobre la fertilidad, concepción, embarazo y parto, curaban la impotencia masculina y la infertilidad femenina, conocían y suministraban métodos anticonceptivos, realizaban abortos y guiaban en el cuidado de los recién nacidos. Todos los conocimientos que poseían sirvieron para influir en el número de nacimientos, al ser un poder deseado por la iglesia se consideró al mismo como un crimen. (Blazquez, 2008, pg. 28)

El libro denominado “Jardín de Rosas para las Parteras y Mujeres en Cinta” de autoría del alemán Eucharius Roslin desautorizaba a las parteras en el oficio de la obstetricia, indicaba que no deberían intervenir en el parto, y aconsejaba que las parturientas acudan a especialistas de género masculino. Hutter (2010 como se citó en Vallana, 2016)

En el Renacimiento la medicina empezó a tener un carácter exclusivamente académico, las mujeres que contaban con conocimientos no adquiridos en las universidades se encargaron de actividades menos consideradas socialmente, como ser parteras. Con el paso del tiempo la obstetricia fue ganando lugar en la medicina, los cirujanos empezaron a

entender al embarazo como un estado patológico, cuestionando así la actividad de las matronas. (Viveros, 1995, pg. 151)

Sumado a esto, es menester enfatizar que a las mujeres no se las podía calificar como doctores porque no podían ingresar a la universidad o a la escuela de medicina, además si trabajaban como curanderas o con hierbas eran vistas como brujas. (Canal Roland Barriga, 2021, 25m40s)

La obstetricia al convertirse en ciencia deja de lado la supremacía de las mujeres en este campo. Las parteras pierden su autonomía, se vuelven asalariadas ayudantes de los médicos, se les prohíbe el uso de instrumentos, formular remedios y en el caso de un parto laborioso tienen la obligación de llamar al médico. Berriot-Salvadore (1981, como se citó en Viveros 1995)

Con la exclusión de la partera, las mujeres perdieron el control sobre la procreación, teniendo únicamente un papel pasivo en el parto, los médicos hombres fueron considerados entonces los verdaderos dadores de vida. Las parteras fueron puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres. (Federici, 2010, pg. 137)

Desde el siglo XIX la dependencia de las mujeres al sistema médico en los sucesos de su vida reproductiva (embarazo, parto, lactancia y menopausia) se indujo por la medicalización progresiva. Esta medicalización provocó una relación de dependencia y subordinación de las mujeres hacia los médicos. Además de la desposesión de las mujeres del control de su cuerpo y de una experiencia únicamente femenina como es el embarazo y el parto, devaluando también las prácticas y saberes terapéuticos femeninos. Se cambia la

mentalidad frente al parto, ya no es una cuestión natural femenina, es un asunto de la medicina. (Viveros, 1995, pg. 152)

Es así que la atención obstétrica toma auge, siendo producto de dos ocurrencias históricas que marcaron impacto en la vida reproductiva de las mujeres; la primera fue cuando el protagonismo de las parteras se ve desplazado por la atención médico-obstétrica en manos de profesionales de la salud, la otra se produce con el traslado de los partos del hogar a los hospitales, siendo este concebido como aquel espacio que brinda seguridad para las madres y los recién nacidos. (Camacaro, 2009, pg. 148)

Se da el desplazamiento de las mujeres en los procesos de embarazo, parto y post-parto, pasando estos a manos de la medicina. Este suceso histórico se relaciona con la violencia de género ya que a lo largo de los años se dio una limitación al rol que cumple la mujer en la sociedad, se las consideraba como seres inferiores con poca capacidad intelectual, sin embargo, pese a todas las limitaciones impuestas estas lograron dominar a través de la experiencia los procesos reproductivos, es así que los hombres al verse amenazados por este conocimiento que no comprendían, deciden prohibir la existencia de las parteras, siendo el hombre médico el único que puede encargarse de todos esos procesos, excluyendo definitivamente a las mujeres de esta área.

En la actualidad la obstetricia es una rama médica que puede ser ejercida tanto por hombres como por mujeres, es fundamental conocer cómo se concibe hoy en día esta especialidad.

La importancia de la obstetricia desde una perspectiva médica indica que el embarazo y el parto son momentos decisivos para la mujer, por el riesgo de vida presente para ella

como para su descendencia. No solo el momento del parto es riesgoso, también lo son aquellos sucesos, complicaciones y patologías que se producen en el proceso de la gestación. (Lugones, 2018, pg.1)

La atención prenatal incluye un acumulado de consultas, acciones de salud, y cuidados previos al parto enfocadas en lograr un parto feliz y seguro y un neonato vivo y sano. Estos procedimientos cuentan con una metodología determinada y una cronología fundamentada que garantiza el diagnóstico y seguimiento adecuado de cada paciente. Los objetivos que se persiguen ante una mujer embarazada son:

- Lograr que ninguna mujer fallezca a causa de una gestación (directa o indirecta),
- Disminuir la morbilidad y mortalidad perinatales e infantil, incluyendo el bajo peso al nacer, etc. (Lugones, 2018, pg.2)

En noviembre de 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció recomendaciones cuya finalidad es mejorar la atención prenatal y disminuir la mortalidad materna y prenatal sobretodo en mujeres y adolescentes no cuentan con acceso a servicios asistenciales, también se enfoca en generar una experiencia positiva en la etapa de maternidad. (Lugones, 2018, pg.2)

Si bien en la actualidad se ha visto como necesario este cuidado puesto en manos de los profesionales de la salud, el mismo debe buscar siempre el bienestar fundamental de la gestante y el feto, este no debe limitarse únicamente a un bienestar físico, si no debe ir más allá, a un umbral psicológico. Sin embargo, debe existir limitaciones en cuanto al apoyo prestado por el personal de la salud, el cual debe siempre procurar que el protagonismo sea el de la gestante, siendo esta la dueña de su parto, manteniendo así la independencia que le fue arrebatada hace varios años.

1.1.2. Paradigmas de la Medicina

Davis Floyd, da a conocer la existencia de tres paradigmas del cuidado de la salud que influyen en parto contemporáneo, estos son los modelos tecnocráticos, humanistas y holísticos de la medicina.

1.1.2.1. Modelo Tecnocrático de la Medicina: Este sistema médico se encuentra gobernado por instituciones con ideologías patriarcales, enfocadas en un contexto económico impulsado por las ganancias. La tecnología es la reina suprema en este modelo. (Davis-Floyd, 2001, pg. S6)

De acuerdo a lo mencionado por Vallana, debido a la cobertura y oferta sanitaria insuficiente, la atención del parto se convierte en una “fábrica de bebés”, se da una especie de cadena de producción, bajo la lógica de atención del mayor número de parturientas en menor tiempo y costo, sin considerar la calidad en la que se produjeron estos partos. Este modelo puede notarse en algunos países calificados como “subdesarrollados”, razón por la que algunos países latinoamericanos han promulgado leyes contra la violencia obstétrica. (Vallana, 2016, pg. 35)

Los procedimientos y protocolos hospitalarios siguen las lógicas del mercado y asuntos económicos e institucionales, privando a las gestantes de cosas como privacidad, conocimiento, acompañamiento, e imponiéndoles la obligación de hacer silencio, tiempos estandarizados, retención, e inmovilización y más prácticas innecesarias que en varias ocasiones configuran agresiones. (Vallana, 2016, pg. 44)

En este sentido, al hablar de la importancia que tiene la reproducción en el sistema capitalista global, podemos entender que se habla de una producción, en la que el cuerpo gestante es una máquina, que debe funcionar productivamente bajo tiempos reducidos y estandarizados. (Vallana, 2016, pg. 45)

Algunos principios relevantes del modelo tecnocrático son:

* Separación cuerpo-mente y cuerpo como máquina: Este modelo separa el cuerpo humano de la mente humana. De acuerdo a la filosofía la mente y alma del ser humano pueden permanecer intactas, sin embargo, el cuerpo, como una parte de la naturaleza mecánica, puede desmontarse, estudiarse y repararse. (Davis-Floyd, 2001, pg. S7)

Las naciones industrializadas de Occidente eran sociedades patriarcales que consideraban al cuerpo femenino como defectuoso y bajo la influencia de la naturaleza, debido a su imprevisibilidad, por lo que era necesaria la manipulación por parte del hombre. (Davis-Floyd, 2001, pg. S7)

Es por ello, que, a pesar de la aceptación del nacimiento como un proceso mecánico corporal, llegó a ser visto como imperfecto y poco confiable. Por lo tanto, se ordenó a la obstetricia desarrollar herramientas y tecnologías para manipular y mejorar el proceso defectuoso del nacimiento. (Davis-Floyd, 2001, pg. S7)

* El paciente como objeto y la alienación del médico del paciente: El médico carece de responsabilidad por la mente o el espíritu del paciente. No se comprometen con el individuo, desde la escuela de medicina se les enseña a protegerse evitando la participación emocional, protegiendo de esta manera sus propios sentimientos de la preocupación. Sin embargo, factores como el tacto y el cariño son una influencia fuerte tanto en la experiencia del trabajo de parto como en el resultado del parto. (Davis-Floyd, 2001, pg. S8)

*Autoridad y responsabilidad inherentes al médico, no al paciente: En el modelo tecnocrático se concede autoridad a los médicos e instituciones y su personal. Cuando el médico es la autoridad, el paciente carece de responsabilidad, estos en ocasiones suelen presentar una respuesta negándose a discutir alternativas no paradigmáticas. (Davis-Floyd, 2001, pg. S9)

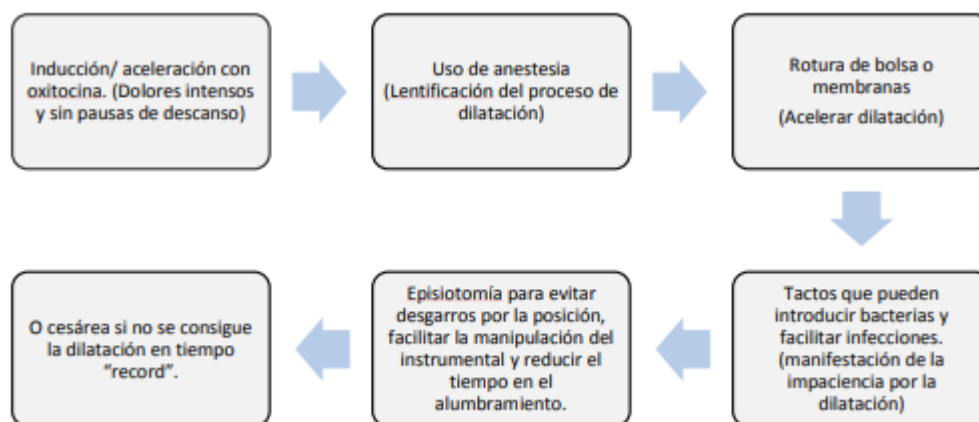
En el parto, una de las demostraciones del poder del médico es la posición de litotomía que permite atender los partos de pie, con un campo despejado para maniobrar. Esta posición dificulta el parto, además existen razones fisiológicas que justifican que las mujeres den a luz en posiciones erguidas (mayor suministro de sangre y oxígeno al bebé, pujos más efectivos y salidas pélvicas más amplias) sin embargo, no son tan importantes como la comodidad del médico. (Davis-Floyd, 2001, pg. S9)

Esta jerarquía donde los médicos y hospitales son la autoridad y responsabilidad, es un arma de doble filo, ya que, si bien pueden dar órdenes y establecer políticas y procedimientos institucionales, también a menudo se les hace responsables de las muertes y de resultados que ningún mortal podría prevenir. (Davis-Floyd, 2001, pg. S9)

Al referirnos al parto en específico, tal como Vallana manifiesta, este modelo tiene como finalidad conseguir un parto en el menor tiempo posible disminuyendo los costos, de esta manera, cuando se acelera/induce un parto, lo más probable es que se generen varias intervenciones:

Figura 1

Intervenciones que apuran el parto en el modelo industrializado.



Nota: cadena que hace referencia a la cantidad de intervenciones que se producen posterior a la inducción/aceleración del parto por medio de oxitocina (hace más frecuentes, intensas y duraderas las contracciones). Adaptado de Cadena de intervenciones que apuran el parto en el modelo industrializado de parir/nacer (pg.114), por V. Vallana, 2016.

1.1.2.2. Modelo Humanista de la Medicina: Este modelo surge como reacción a los excesos de la tecno medicina, se ve impulsado por enfermeras y médicos que buscan reformar el sistema médico desde adentro. (Davis-Floyd, 2001, pg. S10)

En Medicina hace referencia a aquellas actitudes y acciones del médico que muestran respeto por su paciente, se enfocan en los intereses, inquietudes y valores de los enfermos. El ser humano se convierte en la preocupación esencial. (Vera, 2009, pg.68)

El médico humanista si bien mantiene un conocimiento actualizado, no deja de lado una actitud combativa y ética frente a los fenómenos vitales del ser humano tales como el dolor, la enfermedad, la discapacidad orgánica o funcional, el deterioro emocional y afectivo, y la muerte. Es una forma de pensar y actuar en beneficio del ser humano, considerando sus valores, intereses y su dignidad. (Vera, 2009, pg.69)

Algunos principios del modelo humanista que permite establecer las principales características del mismo, son:

*Conexión cuerpo-mente y el cuerpo como organismo: Este enfoque no delimita una separación total entre la mente y el cuerpo, están en constante comunicación, por lo que, es imposible tratar los síntomas físicos sin abordar sus componentes psicológicos. Por ejemplo, permite la posibilidad de que las emociones de la mujer puedan afectar el progreso de su trabajo de parto y que los problemas consecuentes se puedan abordar con apoyo emocional. (Davis-Floyd, 2001, pg. S11)

El cuerpo humano como organismo no como una máquina, por lo tanto, enfatiza la importancia de la bondad, el tacto y el cuidado. Estas dimensiones tienen un significado especial para el cuidado de las mujeres, desde la forma en que son tratadas durante el parto hasta la necesidad de que la madre y el bebé permanezcan juntos después de ello. (Davis-Floyd, 2001, pg. S11)

*El paciente como sujeto relacional y Conexión y cuidado entre el médico y el paciente: Se establece una conexión humana real con los pacientes, llegando a conocerlos como individuos, un mayor apoyo de la familia y amigos se relaciona con menores probabilidades de morir y mejores probabilidades de curarse, por lo que a partir de 1970 se permitió que los padres y otras personas importantes ingresaran a las salas de parto, que la madre y el bebé no debían separarse después del nacimiento, etc. (Davis-Floyd, 2001, pg. S11)

Se da una relación paciente-médico basada en la consideración, amabilidad y respeto. En el parto, la evidencia más sólida de las relaciones en el cuidado, es el caso de las doulas (compañera entrenada para dar apoyo en el parto), su apoyo reducía los problemas de asfixia fetal y distocia del parto, acortaba la duración del trabajo de parto y mejoraba la posterior interacción madre-hijo. (Davis-Floyd, 2001, pg. S11)

*Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre el paciente y el médico: Los pacientes tienen derecho a comprender su diagnóstico y pronóstico, el tratamiento propuesto, sus riesgos, beneficios y opciones. Los médicos deben responder favorablemente o al menos de manera neutral al deseo de un paciente de emplear métodos alternativos o de no emplear ningún tratamiento. El médico debe otorgar confianza suficiente al paciente para aceptar o rechazar las recomendaciones sin sentirse intimidado. (Davis-Floyd, 2001, pg. S13)

*Ciencia y tecnología contrarrestadas con humanismo: Se ha desarrollado nueva tecnología humanista, como mesas que permite que los bebés en peligro sean resucitados al lado de la madre, sillas de parto para que las mujeres estén en posiciones erguidas. Las intervenciones deben darse a petición del paciente y en base a pruebas sólidas. Por ejemplo, la anestesia epidural puede considerarse una intervención humanista porque elimina el dolor y permite que las mujeres estén despiertas. Sin embargo, no debe ser impuesta. Los obstetras y parteras buscan el equilibrio entre lo que la ciencia muestra que funciona y las necesidades y deseos de las pacientes. (Davis-Floyd, 2001, pg. S14)

Un ejemplo se dio cuando una paciente rechazó la mesa de parto y pidió dar a luz en el piso, no existían pruebas médicas que rechazaran esta solicitud, por lo que se le concedió esta petición ubicando las sábanas y almohadas en el piso. (Davis-Floyd, 2001, pg. S14)

La OMS dentro de sus recomendaciones indica que se debe alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto de bajo riesgo. El Grupo de Desarrollo de Guías (GDG) informa que la práctica tradicional de mantener en reposo a las mujeres en trabajo de parto es bastante frecuente, no se informa ni se da soporte a las elecciones con las que cuentan las pacientes, respecto a este tema. (Organización Mundial de la Salud [CLAP/SMR], 2015, pg.30)

Como notamos la OMS trata de mantener una posición Humanista pues busca el mayor bienestar posible de la gestante durante el parto, sin embargo, aún se sigue manteniendo el modelo tradicional dejando de lado la voluntad de la paciente.

1.1.2.3. Modelo Holístico de la Medicina: Este modelo refleja una contraposición al modelo tecnocrático, se caracteriza por contener la mayor variedad de enfoques que van desde la terapia nutricional, hasta las modalidades curativas tradicionales. Se busca la

inclusión de la mente, cuerpo, emociones, espíritu y entorno del paciente en su proceso de curación. (Davis-Floyd, 2001, pg. S16)

El cuidado en sentido holístico significa que se comienza a considerar a las personas en sus dimensiones física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. (Bermeo, 1999, pg.2)

Para este modelo, la responsabilidad de atenuar el sufrimiento del individuo constituye una responsabilidad personal y colectiva, debido a que se puede generar sufrimiento provocado por variables sociales. Esto incluye la importancia que tiene la familia en la salud del individuo. (Bermeo, 1999, pg.4)

*Unidad de cuerpo-mente-espíritu: La mente es el cuerpo y el cuerpo es la mente, la forma en que se responda al tratamiento médico tiene que ver con la manera en que se piense y sienta respecto a ello. En el enfoque holístico, abordar los estados psicológicos y emocionales de la mujer embarazada o en trabajo de parto, no solo es útil, es el aspecto esencial de la atención. (Davis-Floyd, 2001, pg. S18)

El modelo tecnocrático es rígido y separatista, pero, el modelo holístico no reconoce divisiones definidas ni límites definidos, por lo que el holismo es tan amenazante: en la mente de muchas personas, jugar con los límites es invocar el caos. (Davis-Floyd, 2001, pg. S18)

*El cuerpo como sistema energético interconectado con otros sistemas energéticos: El paradigma holístico llega a una visión ilimitada del cuerpo como energía, reconoce las posibilidades de que la salud pueda verse influida por sutilezas como las vibraciones de ira u hostilidad, llegando a una realidad no física. (Davis-Floyd, 2001, pg. S19)

Muchas parteras se identifican como holísticas y buscan trabajar con la llamada "energía del nacimiento", consideran que el reorientar las energías garantizará que no exista otra intervención. Por ejemplo, si un trabajo de parto se estanca y es necesaria una cesárea,

una partera en base a la energía que siente, puede abrir la ventana, poner música y hacer que la madre se levante a bailar. O podría salir de la habitación para permitir que la energía amorosa de la pareja que está dando a luz pueda infundir la experiencia del parto. (Davis-Floyd, 2001, pg. S19)

* Sanando a la persona en su totalidad en el contexto de toda la vida: Reconoce que ninguna explicación diagnóstica, fármaco o enfoque terapéutico abordará suficientemente los problemas de salud de un individuo, estos problemas deben abordarse considerando todos los aspectos de su vida, incluido su entorno.

El proceso de embarazo y nacimiento, puede verse obstaculizado por el agotamiento, depresión, estrés emocional, pérdida de un ser querido, etc. Así como, pueden ser facilitados por diversos medios, como el diálogo, el análisis de sueños, masajes, ejercicio y buena alimentación. (Davis-Floyd, 2001, pg. S20)

*Individualización de la atención: Los profesionales holísticos, buscan responder a la individualidad y las necesidades únicas de cada paciente dentro de las limitaciones normativas, legales y hospitalarias. La mujer en trabajo de parto da a luz en el lugar de su elección, atendida por las personas y practicantes de su elección. Una partera basada en su intuición responderá a las circunstancias individuales de manera individual. (Davis-Floyd, 2001, pg. S21)

* Autoridad y responsabilidad inherentes al individuo: Es un principio básico el que las personas deben asumir la responsabilidad de su propia salud y bienestar, deciden por sí mismos ser sanados y toman las medidas para lograr ese objetivo: dejar de fumar, hacer ejercicio, comer bien, renunciar a un trabajo que los haga infelices, etc. Los médicos holísticos son parte de un equipo de curación, del cual el paciente es un miembro de pleno derecho, el más importante. (Davis-Floyd, 2001, pg. S22)

Como notamos existen tres paradigmas que permiten evidenciar como las distintas prácticas ejecutadas por el personal de salud afectan la calidad de atención que reciben las pacientes, al tratarse de mujeres embarazadas, estas conductas pueden provocar un daño físico como psicológico que podrá perjudicar al feto o al recién nacido. Desde mi perspectiva ha sido un progreso el adoptar ciertas conductas y herramientas enfocadas en un paradigma humanístico y en ciertos casos holístico.

1.1.3 Patologización del Embarazo

La Organización Mundial de la Salud indica que el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, sobretodo el acceso a anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir los índices globales de morbilidad materna. (Organización Mundial de la Salud [WHO/RHR/14.23], 2014, pg.1)

Si bien me encuentro a favor de que la salud sexual y reproductiva se encuentre en manos de un sistema médico apto, pues esto a la larga trae beneficios, es necesario establecer un límite de intervención, para de esta manera evitar que se dé la conocida patologización del embarazo, es decir, cuando la atención médica sobrepasa los límites de intervención necesarios para el cuidado de la gestante y el feto.

En un inicio era mínima la intervención por parte del cuerpo médico durante la gestación y los cuidados iniciales del bebé, sin embargo, en la actualidad la intervención no solo ha aumentado, si no es fundamental para el desarrollo del recién nacido. Este aumento de control médico se da a raíz de que el embarazo adquiere como característica principal el riesgo que produce, viendo así la necesidad de que sea controlado desde la gestación. (Imaz, 2001, pg. 101)

En la actualidad se entiende al embarazo como un fenómeno normal acompañado de riesgos, situándolo dentro de la categoría de enfermedad o patología, permitiendo que la medicina se encargue de su administración, de esta manera el discurso de patología y riesgo del embarazo permite justificar la atención biomédica y hospitalaria, por ello, las pacientes son atendidas con desconfianza y temor, justificando cualquier tipo de intervención. (Camacaro, 2009, pg. 157-159)

Vallana coincide con el enunciado anterior, pues manifiesta que el considerar el cuerpo en embarazo, parturiento y puérpero como patológico permite aceptar la dependencia de las pacientes al control, atención e intervención tecno-científica, iniciando de esta manera una sobrepatologización desde la escuela de medicina, en la que se enseña a enfrentarse de manera heroica a esta enfermedad, dejando de lado la normalidad del embarazo/parto. (Vallana, 2016, pg. 49)

Este acto de heroísmo y notoriedad compara un parto exitoso con la cura de una enfermedad gracias a la actuación heroica de la tecnociencia, sin considerar el trabajo de quien pare o nace. (Vallana, 2016, pg. 49)

Comparto la opinión de Vallana y Camacaro, pues el considerar al médico como el salvador y héroe quita el valor de quien realmente realizó el trabajo pesado, es decir, la mujer en labor de parto. Vuelven a la gestante un ser dependiente del control médico limitada a la decisión de terceros, mostrando así que la patologización del embarazo conserva rasgos tecnocráticos en los que la paciente es un mero objeto puesto a disposición de otros.

La patologización del embarazo, puede manifestarse cuando se aplican los procedimientos de rutina de manera indiscriminada y sin considerar la situación de cada paciente, es decir, existen mujeres que no necesitan realizar ciertos protocolos, sin embargo, los representan como necesarios, provocando que se encuentren sujetas a un sin número de

procedimientos volviéndose más dependientes al sistema y carentes de valerse por sí mismas. (Camacaro, 2009, pg. 156)

Los procedimientos de rutina enfocados en la teoría del riesgo funcionan de la siguiente manera: las mujeres atendidas en las áreas obstétricas son evaluadas a través de signos y síntomas orgánicos, siendo catalogadas como pacientes de alto o bajo riesgo. Éstas últimas conforman un grupo que, desde lo epidemiológico, no suponen una gran probabilidad de morbilidad, ni ellas, ni el feto, ni el neonato. Sin embargo, el protocolo médico obliga procedimientos de rutina, los cuales en su mayoría no discriminan o individualizan las necesidades de dichas pacientes. (Camacaro, 2009, pg. 155)

Este tipo de atención basada en procedimientos rutinarios hasta provoca ciertas desventajas al momento del parto, por ejemplo, las acuestan con sueros intravenosos para actuar en caso de emergencia, pero esto impide que puedan deambular provocando que las contracciones y la dilatación sean más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, aumentando así el estrés de la mujer. Al acostarlas la litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido y la fuerza de la mujer para pujar, provocando la episiotomía para mayor abertura vaginal; a consecuencia de ello existe sangrado y vías de infecciones. (Camacaro, 2009, pg. 157)

Esta cadena de eventos medicalizados aseguran trabajo profesional eficaz, así como el cubrirse ante alguna emergencia, todo ello por encima de la salud reproductiva y psicológica de las pacientes. (Camacaro, 2009, pg. 158)

Desde mi perspectiva, el guardarse la espalda frente a una emergencia puede verse manifestado en el hecho de que, frente a alguna situación imprevista en el parto, el cuerpo

médico asuma que este problema se derivó por culpa de la gestante, ya que no siguió las rutinas y protocolos previstos, aun cuando la situación emergente no haya tenido relación alguna con la desobediencia de la paciente.

Además, en esta cadena la madre se convierte en un individuo desvalido e ignorante, a pesar de que el bienestar del feto y del bebé dependen de ella, sigue encontrándose en una perfecta ignorancia, requiriendo una guía constante en su ejercicio de maternidad. Para Imaz, el prototipo de madre sufriente se transforma en el de madre impotente, se tiene un control estricto sobre el cuerpo de la mujer embarazada, en el periodo del embarazo se produce una serie de pruebas, prácticas y órdenes, que devengarán en una maternidad carente de autonomía y necesitada del auxilio de expertos. (Imaz, 2001, pg. 102)

Vallana indica que no considera que el prototipo de madre sufriente haya sido sustituido por el de madre impotente, sino que ambas se encuentran vigentes y se refuerzan mutuamente, es decir, se acude a expertos y se acata normas por la calidad sufriente de la maternidad, se entiende a la madre como un ser pasivo, dependiente, desvalido y necesitado de un auxiliar para cumplir con el rol de la maternidad. (Vallana, 2016, pg. 59)

Entonces, en la actualidad podemos decir que existen tres momentos en el tratamiento médico de la gestación: el primero donde se considera al embarazo como una enfermedad y se medica como a un fenómeno potencialmente patológico; más tarde, el riesgo se convierte en un proceso definitivo del embarazo, concerniendo este riesgo al feto en sí. Por último, la embarazada no puede decidir pues se le considera con ausencia de prudencia, y aun así se vuelve la única responsable de un desarrollo sano del feto, no se consideran otros factores externos que pueden perjudicar tanto al feto como a la mujer en cinta. (Imaz, 2001, pg. 109)

La necesidad de un seguimiento absoluto de controles, análisis, exámenes, ordenes, etc., provoca que los procesos de gestar, parir, lactar, se vuelvan dependientes. Se espera que la madre viva en un mar de restricciones, actuando de acuerdo a lo indicado, dejando de lado su autonomía y decisión, justificando estas limitaciones en el hecho de que ahora su cuerpo no le pertenece solo a ella, sino, es un cuerpo para el otro. (Vallana, 2016, pg. 65-66)

Las futuras madres se alimentan de obras científicas y revistas especializadas, donde se destaca lo considerado adecuado para la época (esto puede variar a través del tiempo). La maternidad se desconecta de las viejas costumbres y el saber popular, pues estos no contribuyen a la disminución del riesgo que presenta el embarazo. (Imaz, 2001, pg. 109)

Expertos, textos, familiares, amigos, conocidos, etc. Que se entienden con la propiedad suficiente para intervenir en la maternidad, producen en las madres un sentimiento de inadecuación, contribuyendo a generar sentido a la figura de madre inculta, ignorante e impotente. (Vallana, 2016, pg. 60)

Si bien se deben considerar las estrategias, saberes, experiencias y demás conocimientos provenientes de fuentes externas, estos deben basarse en el respeto y no ser impuestos hasta el punto de repercutir en la autonomía de la progenitora, pues esto conlleva una desvalorización de su rol como madre.

La Dra. Camacaro, menciona que la patologización del parto atenta contra la dignidad de las mujeres. (Camacaro, 2009, pg. 161) Coincido con esta afirmación, pues el tratar de controlar el rol de madre que cumple la mujer y no permitir que esta tenga un control sobre su embarazo aduciendo que no es lo suficientemente capaz para poder ejercer estas actividades, solo provoca una depreciación de la capacidad que tiene y no se le permitiría gozar de un embarazo y crianza tranquilo y digno.

1.1.4. Desarrollo de la Violencia Obstétrica

Son los intereses políticos y económicos que se relacionan con la reproducción, nacimiento, embarazo y parto, los que parten de la concepción de que la mortalidad materna e infantil constituye un referente básico en el desarrollo de un país. (Vallana, 2016, pg. 35)

En base a este referente el índice de pobreza e inequidad será directamente proporcional al de muerte materna e infantil, esto se debe a la relación existente con la ausencia de acceso a una adecuada atención sanitaria, o como consecuencia de la iatrogenia². Además, son estos intereses los que han influenciado que el embarazo sea visto como una categoría, aunque no abiertamente patológica, pero si conceptualizada como riesgosa y, por ende, peligrosa. (Vallana, 2016, pg. 35)

Como sabemos con la antes mencionada llegada del discurso de riesgos se produce un control de la triada embarazo-parto-puerperio por parte del sistema médico. Así se genera una conducta de obligatoriedad y necesidad por parte de las gestantes de acudir a revisiones y tratamientos considerados como adecuados y saludables para el normal desarrollo de la gestación. (Vallana, 2016, pg. 33)

Con la dependencia de las mujeres al sistema médico, se han dado casos de violencia obstétrica que han sido invisibilizados y normalizados durante varias épocas, sin embargo, con el paso de años gracias a los colectivos feministas y a las protestas generadas se comienza a regular la misma, a continuación, indicaré de manera cronológica los países en los que se comienza a visibilizar esta clase de violencia:

Al hablar de Violencia Obstétrica se debe tener en consideración que Venezuela fue el primer país, que introduce en su legislación el término “violencia obstétrica”, en la Ley

² Iatrogenia: Son problemas de salud y enfermedades derivados del accionar de la medicina, tales como efectos adversos de medicamentos, o lesiones como resultado de intervenciones médicas)

Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la define como aquella apropiación por parte del personal de salud, del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, expresándose mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de procesos naturales que conllevan a la pérdida de autonomía y capacidad de decisión sobre sus cuerpos y sexualidad, generando un impacto negativo para la vida de las mujeres. (Vallana, 2018, pg. 134)

El art. 15 num.13 del cuerpo antes mencionado hace referencia a las acciones por parte del personal sanitario y las instituciones, que provocan sanciones, tales como, no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre, sin existir justificación alguna, alterar sin consentimiento de la mujer el proceso natural del parto de bajo riesgo, etc. (Vallana, 2018, pg. 134)

En Argentina se cuenta con la Ley de Protección Integral de las Mujeres o Ley 26485 promulgada el 11 de marzo de 2009, que define en su art.6 a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, que deriva en un trato deshumanizado, abuso de medicación y la patologización de procesos naturales. Además, complementa su definición al establecer que abarca el término trato deshumanizado, indicando que el mismo consiste en un trato cruel, deshonroso, humillante o amenazante. (Vallana, 2018, pg. 134)

Al igual que los Estado mencionados anteriormente, México también tipifica la violencia obstétrica, definiéndola como aquella en que la atención médica se traduce en un trato deshumanizado, el abuso de medicalización, una práctica abusiva de cesáreas cuando se han dado condiciones para el parto natural, obstaculizar sin causa médica el apego precoz del recién nacido con su madre. (Vallana, 2018, pg. 134)

Son los Estados mencionados en los párrafos anteriores los primeros en tipificar esta clase de violencia, como notamos todas las definiciones tienen en común que el perpetrador de violencia es el sistema médico, este factor permite entender por qué la violencia obstétrica fue invisibilizada durante tanto tiempo, pues, desde mi perspectiva, a lo largo de los años la decisión del personal médico fue incuestionable, los médicos se encontraban en una posición social alta, eran vistos como los héroes de la sociedad, por lo que era impensable el suponer que sus actitudes, decisiones y actividades fueran erróneas, pues chocan con el prototipo de profesional salvador y correcto que a lo largo de los años la sociedad ha creado.

1.1.5. Definición De Violencia Obstétrica

Para tener una clara comprensión de lo que se entiende la violencia obstétrica es necesario analizar la postura que los profesionales de las distintas ramas sociales tienen respecto a esta clase de violencia.

Vallana considera que es importante realizar un análisis de esta clase de violencia encubierta, invisibilizada y normalizada por la sociedad. Existen actitudes ejecutadas por el personal de salud tales como ignorar gritos de las pacientes que se encuentran en labor de parto, callarlas al sentir desesperación, no tener consideración con la situación en la que se encuentra el paciente, este tipo de conductas al ser normalizadas se repiten en el tiempo siendo ejecutadas por nuevos profesionales, generando un daño a las mujeres atendidas en las instituciones, mismo que nunca será reparado. (Vallana, 2018, pg. 129-130)

La violencia cometida por el personal de salud ha ocurrido desde hace varios años, sin embargo, es en la actualidad cuando se comienza a tener conciencia de la misma, es fundamental conocer esta clase de violencia para tratar de frenar los abusos normalizados por

parte de los profesionales y enseñar a las futuras generaciones que se van a dedicar a ramas relacionadas con la medicina a respetar los derechos y dignidad de las pacientes.

Si bien, se debe reconocer los innegables beneficios que el avance de las ciencias de la salud ha logrado, no se puede ignorar que las prácticas de rutina aplicadas de manera sistemática, mecanicista y medicalizada durante el parto, adquieren un carácter negativo derivando en violencia obstétrica. Aunque en la actualidad estas prácticas ocurren en menor medida que en décadas anteriores, siguen aún vigentes. (Belli, 2013, pg. 27)

El término violencia definido por la OMS, es entendido como el voluntario uso de la fuerza física o poder que puede proferirse mediante amenazas, lesiones, daños psicológicos incluso hasta la muerte. (Organización Mundial de la Salud, 2003, pg.3)

Para Arguedas el poder obstétrico es visto como una forma de poder disciplinario realizado por la institución médica (siendo esta una institución patriarcal). Se puede entender a la violencia obstétrica como aquel mecanismo que disciplina los cuerpos de las mujeres, para continuar con las relaciones de poder que subordinan a las mismas y naturalizan la obediencia y docilidad. (Arguedas, 2014, pg. 166)

Belli manifiesta que la violencia obstétrica puede ser definida como aquel tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta puede manifestarse con el trato deshumanizado a la mujer embarazada, al patologizar procesos reproductivos naturales, y mediante el ejercicio de rutinas que constituyen una amenaza a los derechos durante la atención a la salud sexual, embarazo, parto y post parto. Es fundamental indicar que este tipo de violencia abarca dentro del campo de la salud sexual y reproductiva también a la anticoncepción, planificación familiar, aborto, menopausia, etc. (Belli, 2013, pg. 28)

Debemos conocer que la violencia obstétrica se genera a partir de que las gestantes se miran atravesadas por varias relaciones de poder que se plasman en una violencia doble: la primera generada a partir de su subordinación en base al género, y la segunda relacionada con el saber, poder del acto médico e institucional. (Vallana, 2016, pg. 37)

Esta subordinación se profundiza al tratarse de mujeres racializadas, indígenas, negras o de niveles socioeconómicos bajos, es decir, la clase, raza y género marcan diferencias en cuanto a la atención en salud y la calidad del servicio. (Vallana, 2018, pg. 135)

Se entiende entonces a la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género e institucional invisibilizada, que se produce sobre las gestantes y sus hijos en las etapas embarazo-parto-puerperio. El problema respecto a este tipo de violencia autorizada y legalizada, radica en que se ha visto normalizada, provocando que muchas mujeres no analicen de manera crítica la normatividad impuesta para los embarazos y partos. (Vallana, 2016, pg. 38)

Ahora, si bien no se debe justificar esta clase de violencia, desde otra perspectiva podemos determinar una de las causas por las que se ha originado la misma, comenzamos indicando que, en el sistema capitalista, se mercantiliza a médicas/os y enfermeras/os cuya labor se cumple a través de amplios turnos de trabajo, debido a esto, su estrés se ve manifestado al perpetuar violencias sobre las pacientes. (Vallana, 2016, pg. 45)

Otro punto a considerar, por el que puede verse naturalizada por parte del cuerpo médico esta práctica violenta, es por la creencia popular de que el sufrimiento experimentado por la madre durante el parto será olvidado y comprendido. Justificando el dolor, sufrimiento, la soledad, los gritos, los insultos, las intervenciones injustificadas, el maltrato y el temor. (Vallana, 2016, pg. 124)

Sin embargo, es necesario entender que las dueñas del embarazo/parto no pierden su memoria, recuerdan las palabras, tratos, los dolores, la indiferencia, los sentimientos de soledad y pánico. Si bien para el personal de la salud los partos constituyen parte de su rutina, para la gestante y su familia, constituye un acontecimiento fundamental, único, asombroso. Analizando la situación desde esa perspectiva se debe garantizar un escenario en el que tanto la dueña del parto como su hijo puedan tener y disfrutar de un día feliz. (Vallana, 2016, pg. 124-125)

Es necesario indicar que, no toda la violencia generada contra las mujeres embarazadas constituye violencia obstétrica, ya que esta se refiere netamente a la atención recibida en base a un modelo médico generado durante el proceso del parto y nacimiento, provocando que las mismas puedan ser víctimas de violencia por parte del personal de la salud. Si bien es sobre el médico donde recae mayor responsabilidad ya que se entiende que ejecutan la mayoría de actos que puede generar violencia, esto no exenta que los demás profesionales que intervienen en el acto del nacimiento parto o cesárea sean capaces de causar violencia obstétrica. (Pereira, Domínguez, 2015, pg. 82)

En un primer momento pensamos que la explicación de Pereira y Domínguez es una contradicción a lo dicho por Belli, pues esta última manifiesta que la violencia obstétrica abarca la anticoncepción, planificación familiar, aborto, menopausia, etc. Mientras que Pereira y Domínguez indican que se refiere a la atención médica basada en un modelo médico que se recibe durante el proceso de parto y nacimiento.

No existe contradicción alguna, Belli se refiere a los procesos que se relacionan con la fertilidad y reproducción de la mujer, mientras que Pereira y Domínguez no se refieren a que únicamente al embarazo y parto, si no hacen énfasis en que la violencia obstétrica se

perpetúa cuando se refiere netamente a la atención médica recibida en base a modelos médicos estandarizados y normalizados.

1.1.6. Tipos de Violencia que Abarca

1.1.6.1 Violencia Simbólica: Para Bourdieu, la violencia simbólica se caracteriza por la relación de dominación que desde la perspectiva de los dominadores es considerada natural. Esta dominación genera una auto denigración y desvalorización de la mujer. (Bourdieu, 2000, pg. 28)

Entre las formas naturalizadas más comunes de violación de los derechos de las mujeres, tenemos, por ejemplo, la ausencia de consentimiento durante el parto para ser esterilizadas o que se les coloque un dispositivo intrauterino (diu); ignorar sus preguntas, reclamos y solicitudes; el permitir que residentes le hagan un tacto en plena labor de parto sin la existencia de consentimiento previo justificándose en la finalidad de practicar; en formular chistes o ironías que hacen de las propias mujeres objeto de risa, de burla, o de comentarios sarcásticos. (Castro y Erviti, 2015, pg. 87)

La expresión formas naturalizadas de abuso hace referencia a aquellos abusos rara vez percibidos como tales por los prestadores de servicios de salud y, a veces, por las propias mujeres. (Castro y Erviti, 2015, pg. 89)

De acuerdo a Vallana la violencia simbólica puede verse representada a través del trato a las maternas, en el momento en que se realiza la intervención de la opinión del personal médico referente a la vida personal de la gestante, es decir, a través de juicios de valor moral, como, por ejemplo, si la gestante es casada o soltera, la edad del embarazo, la cantidad de embarazos y partos anteriores, etc. (Vallana, 2016, pg. 81)

Los profesionales de la salud suelen realizar comentarios para juzgar, regañar y de cierto modo castigar a las embarazadas, esta conducta se ha visto normalizada y tácitamente aceptada, como, por ejemplo, a través de frases tales como, “le quedó gustando, por eso viene cada año”. (Vallana, 2016, pg. 81)

El ejercicio de la violencia simbólica en el parto puede verse representado a través de los siguientes elementos:

- **Homogenización:** Al ingresar a un hospital deberán acatar normas médicas y prácticas estandarizadas, que suponen una homogenización de las mujeres parturientas al considerar que se encuentran en la misma condición, dejando de lado las diferencias identitarias, individuales y socioculturales. (Sadler, 2004, pg. 27)
- **Patologización:** Se transforma a la mujer en una paciente o enferma, justificando los procedimientos estandarizados sin diferencia entre un parto normal de uno con complicaciones. (Sadler, 2004, pg. 27)
- **Fragmentación:** La atención médica se centra en lo fisiológico, dejando de lado las demás esferas del individuo, como sus emociones, identidades culturales, conocimientos, etc. Se fragmenta a la mujer, olvidando su integridad. (Sadler, 2004, pg. 27-28)
- **Naturalización:** El personal médico se considera el único capaz de lidiar con esta “enfermedad”, los conocimientos, experiencias y decisiones de las mujeres no cuentan. Se da por sentado que no comprenden el lenguaje técnico, por lo que no se les explica lo que está sucediendo, o se les explica de manera sencilla e infantil. (Sadler, 2004, pg. 28)

- Contaminación: Lo que la mujer conozca y exprese, no constituye autoridad alguna, debe ser suprimido y manejado. Se entiende que la mujer es un elemento que contamina por lo que debe ser invisibilizado. (Sadler, 2004, pg. 28)
- Culpabilización: Debido a los mecanismos estandarizados se da apertura a que las mujeres sean inculpadas de los problemas y dificultades generados durante el parto. El personal de la salud se exime así de responsabilidad alegando la falta de cooperación de la madre como causa de los problemas surgidos. (Sadler, 2004, pg. 28)

De acuerdo a Vallana, a esta clasificación le falta la subvaloración y desconfianza que el sistema biomédico tiene respecto a la capacidad de las de las mujeres para parir sin tanta intervención, también la necesidad de que el proceso de embarazo y parto sea perfeccionado con instrumentos tecno-científicos. (Vallana, 2016, pg. 43)

La violencia simbólica entonces constituye todos aquellos actos o comentarios ejercidos por los profesionales de salud, que a lo largo del tiempo han sido normalizados a tal punto que, las gestantes o pacientes justifican tales actitudes convencidas de que es el trato que merecen, pues llegan a considerar que el cuerpo de salud es incapaz de generar daño, de tal manera que todo lo que digan y realicen es correcto. (Sadler, 2004, pg. 29)

1.1.6.2 Violencia Institucional: Se caracteriza por protocolizar la intervención médica carente de justificación, esta actuación producida en las instituciones hospitalarias provoca violencia en la gestante que no ha consentido en los procedimientos ni conoce el motivo de los mismos, y en el profesional obligado a intervenir aún contra su voluntad. (Vallana, 2018, pg. 136)

Un ejemplo de ello es respecto a la episiotomía³, muchas mujeres carecen de conocimiento respecto a este tratamiento, lo que provoca temor, sin embargo, en lugar de que los profesionales de la salud les expliquen en que consiste y en que ocasiones se produce este tratamiento, tienden a callarlas negándoles preguntar e indicándoles que eso simplemente se les hace y ya. (Vallana, 2018, pg. 136)

1.1.6.3 Violencia Física: Dentro de esta categoría podemos incluir la repetición de protocolos no requeridos durante el parto, es decir, toda intervención ejecutada que no esté medicamente justificada y aprobada por la mujer. (Vallana, 2018, pg. 137)

Otra forma de violencia física es a través intervenciones médicas dolorosas, elaboradas sin medidas que disminuyan el dolor, cuando se cuenta con los medios y condiciones para usar analgesia o anestesia. (Vallana, 2018, pg. 137)

Los tactos vaginales repetitivos y realizados por más de una persona sin la existencia de consentimiento previo de la gestante y la realización de maniobras e intervenciones de forma brusca y poco considerada. (Vallana, 2018, pg. 137)

El imponer posturas durante el parto o tomar medidas que impidan el movimiento de la mujer embarazada tales como atarla de brazos y piernas se considera violencia física. El personal de salud espera que las gestantes soporten el dolor, colaboren y dejen trabajar al personal, en caso de que esto no ocurra a la paciente se la tilda de difícil, categoría que permite a los profesionales brindar un trato diferencial, prevenido y poco empático. (Vallana, 2018, pg. 138)

³ Incisión en el perineo (tejido entre la abertura vaginal y el ano) realizada durante el parto.

En conclusión, este tipo de violencia se relaciona con todos los actos físicos categorizados como bruscos o innecesarios que se realizan en el cuerpo de la mujer, dando como resultado la vulneración de su integridad y dignidad.

1.1.6.4. Violencia Psicológica: Hace referencia a un trato deshumanizado que deriva en la vulneración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres. (Vallana, 2018, pg. 138)

Dentro del modelo tecnocrático analizado anteriormente los miedos, dudas, sensaciones y opiniones de las mujeres son ignoradas y suprimidas cuando se consideran como una interrupción para el cumplimiento de los protocolos de atención médica. De esta manera, las mujeres múltiples veces fueron llamadas a guardar silencio, colaborar y obedecer durante el parto. (Vallana, 2018, pg. 138)

La violencia verbal forma parte de este tipo de violencia, por ejemplo, cuando el personal de salud se burla, insulta, regaña, se refiere a la sexualidad de las mujeres. (Vallana, 2018, pg. 139)

Existen numerosos testimonios de mujeres cuyos derechos reproductivos y humanos han sido violados durante la interacción con el personal de salud, como, por ejemplo, cuando realizan expresiones de dolor, ademanes y gritos, reciben órdenes de controlarse acompañadas de frases relacionadas con el goce sexual que tuvo la gestante, como motivo por el que ahora deben soportar el dolor. Se usan expresiones tales como “pero disfrutaste antes, ¿no?” o “pero la pasaste bien, ¿verdad?”. (Castro y Erviti, 2015, pg. 84)

De acuerdo al Relato de Susana tomado el 08 de abril del 2015, había sentido un dolor tenaz debido al tacto del médico, como resultado evocó un grito de dolor, razón por la cual

el médico dijo: “pero me imagino que cuando se la metió el que la embarazó ahí si no gritaba”. (Relato de Susana, 2015 abr 08) (Vallana, 2018, pg. 139)

La culpa y castigo a la gestante son mecanismos de violencia psicológica que tienen la finalidad de encauzar su conducta. Estos se hacen visibles con la actitud de los profesionales, quienes usan la amenaza del aislamiento, el buen trato, o la demora en la administración de anestésicos. Por lo tanto, no solo deben seguir órdenes, si no soportar regaños, siendo parte de su experiencia de parto. El mecanismo culpabilizador puede verse manifestado cuando al presentarse problemas o dificultades durante el parto se inculpa a las gestantes por no cooperar adecuadamente. (Castro y Erviti, 2015, pg. 84)

El mecanismo empleado de la culpa y castigo en la actualidad se ha visto tan normalizado que no solo forma parte de la violencia psicológica, si no también constituye violencia simbólica, de echo como se mencionó anteriormente es tan común que ni siquiera las pacientes son conscientes de la existencia de la misma, al contrario, justifican esta manifestación de la violencia echándose la culpa.

Añado también que, considero que el hacer alusión a la edad, número de hijos, o estado civil de la gestante de manera sarcástica mediante comentarios que insinúen su desvalorización como mujeres y personas; constituye tanto violencia simbólica como psicológica, pues son tratos considerados como normalizados pero que afectan el estado emocional de la gestante.

En base al análisis empleado en los párrafos anteriores, es menester señalar que la violencia obstétrica puede verse manifestada por más de un tipo de violencia.

1.1.7. Relación de la Violencia de Género con la Violencia Obstétrica

Para Cobo Gutiérrez la violencia obstétrica constituye una clasificación de la violencia de género, caracterizada por ser aquel sometimiento hacia la mujer generado durante el embarazo, parto y puerperio. (Cobo, 2016, pg. 4)

Se debe comenzar identificando que la violencia de género no solo se asocia con la condición de ser mujer, sino con la concepción social de lo que significa ser hombre y mujer, por ello esta se produce cuando el individuo al desviarse de lo que considera como comportamiento normal se convierte en objetivo de violencia. (Estrada y Sánchez, 2011, pg. 38)

La violencia de género cuando se refiere a sucesos cometidos por el personal de salud, puede ser entendida como aquellos actos que refuerzan la concepción tradicional de los roles de género minimizando así el papel de la mujer, es por ello, que hablaré de las situaciones que permiten reforzar los prototipos de género construidos a lo largo de la historia.

La relación existente entre los médicos y las pacientes refuerzan los estereotipos de género, de tal manera que el médico es una figura paterna encargada de educar, controlar y hasta castigar, mientras que las pacientes deben limitarse a acatar, aprender y cumplir la orden del médico. Esta infantilización de la paciente se puede ver representada mediante el ordenamiento de conductas y protocolos obligatorios; y con el acompañamiento y vigilancia de los miembros del círculo social de la gestante, volviéndose el brazo derecho del sistema médico. (Vallana, 2016, pg. 83)

Una demostración de la permanencia de los roles de género establecidos desde épocas anteriores se puede demostrar a través de la siguiente situación: si bien los hijos/as son

producto de la intervención de dos individuos, esto no es justificativo para que la gestante no tenga potestad de decisión sobre aquello que acontece en su cuerpo, sin embargo, en caso de que la paciente se niegue a una intervención, el personal solicitará la autorización del padre, cuya decisión será considerada de manera autónoma. (Vallana, 2016, pg. 66)

El ignorar la decisión de la paciente y reemplazarla por la voluntad del padre, solo confirma aquel modelo patriarcal, en el que el padre de familia es quien tiene la decisión final, tratando así a la paciente como un objeto sujeto a la disposición de los que la rodean.

Otra manifestación de la relación existente entre estos tipos de violencia se produce cuando se exceden los límites establecidos entre delgadez reglamentaria y la lipofobia⁴, es decir se generan normas dietéticas a las mujeres cuya finalidad debe ser evitar la diabetes gestacional, sin embargo, algunas se basan en consideraciones estéticas que provocan inseguridad y temor en las mujeres, pues no desean verse gordas, fomentando de esta manera que el prototipo de belleza ideal es la delgadez. (Vallana, 2016, pg. 84)

Estrada y Sánchez también consideran la existencia de relación entre la violencia de género y la violencia obstétrica, pues manifiestan que la violencia de género producida por los sistemas de salud es y ha sido invisibilizada, puede considerarse como violencia de género el acceso negativo a la consulta o el trato inequitativo con respecto a los hombres, como, por ejemplo, el justificar molestias o dolores con rasgos histéricos. (Estrada y Sánchez, 2011, pg. 44)

⁴ Puede entenderse como el miedo a engordar.

1.1.8. La Violencia Obstétrica y su Relación con los Derechos Humanos

1.1.8.1 Relación de la Violencia Obstétrica con el Derecho a la Información: El art. 66 núm. 25 de la Constitución de la República nos indica que todas las personas tienen derecho al acceso de bienes y servicios públicos o privados, así también a recibir información adecuada sobre su contenido y características. (Constitución de la República, art. 66 núm. 25)

Como se sabe la salud es un servicio que puede ser prestado tanto por el Estado como por instituciones privadas, al ser un servicio, los pacientes (en este caso las gestantes) tienen derecho a recibir toda la información que consideren necesaria para el desarrollo de su embarazo, parto y post parto.

Este artículo puede verse complementado con el art. 362 del mismo cuerpo normativo que establece que los servicios de salud garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la misma. (Constitución de la República, 2008, art. 362)

El modelo de información y educación de las gestantes debe buscar la correcta socialización de información verdadera, clara y suficiente, con la finalidad de que la paciente pueda tomar decisiones como sujeto de derechos, impidiendo de esta manera la naturalización de las intervenciones y la exigencia de estas. (Vallana, 2018, pg. 141)

Sin embargo, lo manifestado en la ley, muchas veces no se da en la práctica, pues en muchas ocasiones respuestas a las interrogantes o comentarios de las mujeres se manifiestan a través del silencio acompañado generalmente de una postura corporal que denota actitud arrogante. Es decir, el ignorar lo estipulado por la gestante se basa en un supuesto de

superioridad del profesional por su conocimiento. Los profesionales se guían bajo la lógica de que la información de la gestante y sus hijos se encuentra en manos del personal médico, por ello, las mujeres no deberían preguntar por algo que no se les ha informado, deberían dar por sentado que no necesitan saberlo. (Monroy, 2012, pg. 52)

Vallana considera que el ignorar las preguntas de las gestantes y omitir información relevante sobre su embarazo se convierte en una herramienta de infantilización de las gestantes, provocando así la colonización del embarazo por parte del sistema sanitario. (Vallana, 2016, pg. 82)

Un ejemplo de la ausencia de información brindada por el personal de salud, puede verse manifestada en los cursos y revisiones que establecen los alimentos privilegiados y aquellos que se deben limitar o evitar, sin embargo, poco dicen sobre el motivo para realizar un cambio en la dieta. Esto demuestra la desinformación existente durante el proceso, donde muchas veces la gestante es obligada a seguir la recomendación dada sin cuestionar nada, ya que se considera la embarazada no necesita saber. Así vemos cómo se refuerza la visión infantilizada de la paciente. (Vallana, 2016, pg. 84-85)

Existen ocasiones en las que, si se les brinda respuesta a sus inquietudes, sin embargo, esta contestación se genera a través de un lenguaje incomprensibles e insuficiente, el uso de este lenguaje médico brinda información a las gestantes, pero no asegura que estas comprendan, ubicándolas en una posición de ignorancia y desconcierto. (Monroy, 2012, pg. 53)

Un caso grave de ausencia de información es el que se produce en los casos en los que no existe obligatoriedad explícita de ciertos procedimientos, sin embargo, estos son

practicados con el desconocimiento y ausencia de consulta, sobre el cuerpo de la gestante. La ausencia de información de estos procedimientos tiene como consecuencia incluso que a veces crean que ciertas heridas son producto del parto sin tener ni siquiera en mente que fueron producto de una práctica médica “consentida”. (Vallana, 2016, pg. 91)

La Corte Interamericana de Derechos Humanos entiende como una condición sine qua non al consentimiento informado para el ejercicio médico, de esta manera se respeta la autonomía y libertad del paciente para la toma de decisiones de acuerdo a su plan de existencia. Es entonces el consentimiento informado aquel que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad del individuo. (Caso I.V.* vs. Bolivia, punto 159, 2016)

1.1.8.2 Relación de la Violencia Obstétrica con el derecho a la intimidad

La Constitución en el art. 66 núm. 20 garantiza de manera expresa el derecho a la intimidad personal y familiar. Sin embargo, el personal de la salud muchas veces ignora que las gestantes son sujetos de derechos que merecen el respeto y garantía de los mismos. (Constitución de la República, 2008, art. 66 núm. 20)

Otra característica del modelo de atención de las salas de parto es la ausencia de intimidad, muchas mujeres son testigos de eventos violentos aumentado así su nivel de estrés, pues estos se convierten en un elemento de temor y vergüenza. Es terrorífico para muchas mujeres el parir en esas condiciones. (Monroy, 2012, pg. 84)

El tocar, retocar, mirar, observar, examinar, hurgar, oler, etc. Se encuentra permitido y naturalizado en el parto, se deja de lado todo aspecto emocional y psicosocial como el pudor de la gestante. (Vallana, 2016, pg. 112)

Vallana también hace hincapié en que el pudor y vergüenza generado por la exhibición de sus cuerpos no es tomado en consideración, existiendo otra clara demostración de ausencia de respeto por aspectos relacionados con la intimidad de las gestantes. (Vallana, 2018, pg. 138)

Esta ausencia de intimidad puede ser perjudicial en el labor de parto de la gestante, Vallana hace una comparación de las gestantes con las hembras mamíferas, manifiesta que estas últimas frente a alguna señal de amenaza interrumpen su embarazo por la segregación de adrenalina⁵, así mismo sucede con las gestantes quienes inician su parto de manera espontánea en casa, pero al llegar al hospital y encontrarse en un lugar extraño, frío, impersonal y bajo la mirada y manipulación de extraños, caen ante el temor, segregando también adrenalina siendo un impedimento para el desarrollo normal del parto. (Vallana, 2016, pg.113)

1.1.9 Marco Jurídico de la Violencia Obstétrica

1.1.9.1 Regulación a Nivel Internacional:

1.1.9.1.1 Normativa Internacional: Al hablar de las normas relacionadas con la Violencia Obstétrica debemos indicar que no existe hasta el momento normativa internacional que hable específicamente de esta clase de violencia, sin embargo, existen hitos históricos para erradicar toda forma de violencia contra la mujer, tales como:

* Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la Mujer: Proclamada en el año 1993 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se emite en considerando que esta forma de violencia es un obstáculo para el desarrollo y la paz. Observa los derechos y

⁵ Hormona que se produce cuando se tiene miedo o se está alerta.

principios establecidos, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993)

En su art. 1 establece lo que se entiende por Violencia contra la mujer, indica que es todo acto de violencia cometido contra las miembros del sexo femenino que resulte en un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993)

En los artículos siguientes podemos encontrar que actos constituyen violencia, los derechos de las mujeres y el papel que tiene el Estado para asegurar su bienestar. (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993)

* Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ": Adoptada en Belén Do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, establece una serie de artículos respecto a la Violencia contra la mujer, en su art. 1 indica que debe entenderse por “violencia contra la mujer”, estableciendo que es cualquier acción o conducta que en base a su género cause muerte, daño o sufrimiento a la mujer. (Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer, 1994)

Los siguientes artículos hablan de los derechos de las mujeres y el deber de los Estados Partes para erradicar la violencia contra la mujer. (Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer, 1994)

* Declaración del Milenio: Declaración firmada por 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas en septiembre del 2000, entre sus objetivos encontramos, “Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”. (Declaración del Milenio, 2000)

1.1.9.1.2 Jurisprudencia Internacional Relevante: Corte Interamericana de Derechos Humanos- Comisión Interamericana de Derechos Humanos

* Caso I.V. Vs. Bolivia: El presente caso hace relación a lo sucedido el 1 de julio de 2000, la señora I.V. tuvo que someterse a una cesárea, con posterioridad al nacimiento de la niña, se le realizó una ligadura de trompas de Falopio, estos procedimientos quirúrgicos se realizaron mientras la paciente se encontraba bajo anestesia epidural. A la señora IV nunca se le consultó de manera previa, libre e informada respecto a la esterilización, se enteró del procedimiento al día siguiente de la cirugía. (Caso I.V.* vs. Bolivia, 2016)

La Corte determinó que, para cualquier práctica médica es necesario el consentimiento informado del paciente, de esta manera se garantiza el respeto a la autonomía y libertad de sus decisiones. El Consentimiento informado incluye el derecho a acceder a la información suficiente y necesaria para la toma de decisiones. (Caso I.V.* vs. Bolivia, 2016)

El consentimiento debe ser brindado de manera libre, autónoma, voluntaria, sin presión, amenazas ni desinformación. Un punto importante es que el consentimiento no se considera libre si se solicita cuando la gestante está en un momento de estrés y vulnerabilidad, esto es, durante o inmediatamente después del parto o cesárea. (Caso I.V.* vs. Bolivia, 2016)

* Caso Balbina Francisca Rodríguez Pacheco y Familiares vs. Venezuela: El 22 de marzo de 2021 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos presentó ante la Corte

Interamericana de Derechos Humanos el presente caso. El caso hace referencia a la responsabilidad internacional del Estado por falta de investigación diligente y reparación por los actos de mala praxis médica, cometidos con posterioridad a la cesárea de la víctima. (Organización de Estados Americanos, 2021)

La señora Balbina Rodríguez Pacheco debido a la presencia de un embarazo de alto riesgo se sometió a cesaría el 13 de agosto de 1998, durante la cesárea tuvo una hemorragia por lo que solicita al cirujano le realice una histerectomía, sin embargo, este se negó, con el paso de las horas la salud de la paciente empeoró por lo que se procedió a realizar una histerectomía sub total. (Organización de Estados Americanos, 2021)

Como resultado de los actos de mala praxis cometida el día de la cesárea Balbina quedó con secuelas graves que limitan su capacidad. La Señora decide realizar una denuncia, sin embargo, el Estado no adoptó los mecanismos necesarios para que la víctima reclamara la vulneración de sus derechos por mala praxis. (Organización de Estados Americanos, 2021)

La Corte determinó que la ausencia de investigación por la denuncia de mala praxis constituyó una violación a las garantías procesales y de protección judicial, a la integridad personal y a la salud de la víctima. (Organización de Estados Americanos, 2021)

* Informe No. 35/14 Petición 1334-09 Informe de Admisibilidad Eulogia y su hijo Sergio contra Perú: La comisión en el año 2009 recibe una petición por parte de “Vicaría de Solidaridad de la Prelatura de Sicuani” en representación de la señora Eulogia y el niño Sergio Jesús, se alega la responsabilidad de la República de Perú por la violación de los derechos consagrados en la Convención Americana de Derechos Humanos. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2014, pg. 1)

La parte accionante manifiesta que el Estado es el responsable de la deficiente atención médica en el parto y post parto. La deficiente prestación de este servicio conlleva a la caída del niño Sergio durante su nacimiento, dando como resultado que desarrollara una severa discapacidad física, sensorial e intelectual. (CIDH, 2014, pg. 4)

De acuerdo a lo relatado por la parte accionante, la señora Eulogia acude al Centro Público de Salud del Distrito de Yanaoca por presentar síntomas de parto, al llegar la obstetra decide ir a su casa y deja a la señora y su marido solos, incluso llegó con posterioridad al parto. (CIDH, 2014, pg. 4)

La Paciente y su esposo pedían ayuda pues los dolores de parto eran cada vez más intensos, sin embargo, nadie acudió a su auxilio, la señora sintió ganas de orinar y se puso en cunclillas sobre una bacinilla, en ese momento siente como sale la cabeza de su bebé. (CIDH, 2014, pg. 4)

Una enfermera acude al cuarto de partos y al ver a la señora en cunclillas decide levantarla aun cuando esta le suplicó que le deje parir en esa posición pues el bebé estaba en camino. La enferma hace caso omiso de las peticiones y decide recostarla en la camilla de casi un metro de altura, en ese momento el bebé nace chocando violentamente con el suelo de cemento, golpeándose la cabeza y cortando el cordón umbilical. (CIDH, 2014, pg. 5)

A pesar de que la gestante estaba sangrando y con problemas post parto, nunca fue atendida adecuadamente, tanto ella como su hijo fueron abandonados por el equipo médico. Con el paso del tiempo el menor seguiría sin recibir atención médica adecuada, no ha recibido ninguna clase de tratamiento. (CIDH, 2014, pg. 5)

La Comisión considera que los hechos ocurridos constituyen una vulneración al derecho a la vida digna, integridad personal y a recibir protección especial por parte del Estado. También analizará la posible obligación del Estado de adoptar providencias para lograr efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. (CIDH, 2014, pg. 9)

1.1.9.2 Regulación a Nivel Nacional

1.1.9.2.1 Normativa Nacional: En Ecuador podemos comenzar hablando de la Constitución de la República del Ecuador (2008) que en su art. 35 comienza a considerar la situación especial en la que se encuentran las gestantes y las madres dentro de la sociedad, de esta manera establece, que las mujeres embarazadas recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privados.

El art. 43 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) establece los derechos que el Estado Ecuatoriano garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de Lactancia:

1. Prohibición de discriminación en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. Servicios gratuitos de salud materna.
3. Protección Prioritaria, cuidado de su salud integral y vida en antes, durante y después del embarazo.
4. Disponer las facilidades necesarias para la recuperación post parto.

A pesar de la protección integral brindada por el Estado, no existía hasta el momento ningún tipo de normativa referente a la violencia que sufren las mujeres en ese estado, sobre todo cuando la misma es perpetuada por quienes se supone deben ser apoyo en esas circunstancias, es decir los Profesionales de la Salud.

Debido a la cantidad de abusos por parte del Cuerpo médico, se toma la decisión de establecer una clase de violencia normalizada en el País, esto es la Ley Para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, vigente desde el 05 de febrero del 2018, en la que podemos destacar la definición de Violencia Gineco-Obstétrica, en su art.10 literal g:

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

Con la promulgación de esta ley comienza visibilizarse esta clase de violencia ignorada a lo largo de los años, hay que tener en cuenta que el incluir esta definición de violencia no es mera coincidencia, pues refleja la situación actual del Estado, en la que esta práctica ha sido normalizada.

Otro punto a considerar, es que este único artículo únicamente establece una definición, más no existe esta clase de violencia como tipo penal ni se dan sanciones por la generación de la misma.

1.1.9.2.2 Jurisprudencia a Nivel Nacional: En el Ecuador contamos con el Caso N°. 0904-12-JP de la Corte Constitucional, caso que constituye Jurisprudencia vinculante, del cual haré un minucioso análisis en los capítulos siguientes.

Capítulo II. Análisis de los Casos N° 07952-2011-0836; N° 07111-2011-1609

2.1. Análisis del Caso N° 07952-2011-0836

2.1.1. Argumentos Relevantes de las Partes

2.1.1.1. Análisis de los Hechos relatados por la parte actora y su relación con la violencia obstétrica: La Señora Jessika del Rosario Nole Ochoa, en las solicitudes dirigidas al Director del Hospital del Seguro Social de la ciudad de Machala y al Director del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de El Oro y en la demanda de acción de protección presentada contra la última institución mencionada, realiza la descripción de los hechos que produjeron la vulneración de sus derechos, de manera que relata lo siguiente:

El 21 de mayo del año 2011 a las 18h00 ingresa al Hospital del Seguro Social de la ciudad de Machala con dolores leves de parto, aproximadamente a las 23h30 empieza con dolores fuertes de parto razón por la cual comienza a gritar sin recibir la ayuda correspondiente. La Dra. Claudia Sigüenza que en ese momento se encontraba a cargo de la atención a la Sra. Jessika Nole solicita ayuda al Dr. Francisco Díaz para atender el parto.

A las 00h50 la accionante da a luz aun cuando ningún médico le estaba auxiliando ni prestando atención, en pleno estado de alumbramiento agarra el brazo de su bebé como reacción inmediata para evitar que este caiga al piso y se golpee, este hecho se produce a raíz de que la Doctora y su compañero habían estado realizando otras labores, por lo que aun cuando ya se encontraban dentro del quirófano, recién se estaban poniendo los guantes.

Cabe señalar como premisa que la Sra. Jessika Nole era trabajadora a tiempo parcial de la compañía MARECUADOR CÍA. LTDA. misma que se encontraba al día en los pagos de las aportaciones al seguro social.

Es entonces que a las 04h30 del 22 de mayo del año 2011 la Dra. Claudia Sigüenza en compañía de otros dos médicos no identificados, indican a la accionante que debe retirarse de la institución, que fue una equivocación el aceptar su ingreso, pues su empleador no se encontraba puntual en los pagos, por lo que debía salir de manera inmediata del Seguro Social. Cabe mencionar que aun cuando la Sra. Jessika se encontraba a punto de morir se le indicó que era necesario su traslado a otro Hospital, su marido se opuso debido a la delicada condición de su esposa y solicitó se indicarán las causas de esta decisión teniendo en cuenta que la documentación ya había sido revisada con anterioridad y la paciente ya había sido aceptada, por lo que consideraba inaceptable esa disposición de último momento.

La accionante es expulsada del lugar de forma degradante, siendo trasladada al Hospital Teófilo Dávila debido a que, como se mencionó anteriormente tenía complicaciones en la salud, lo que llevaron a que se encuentre a punto de morir.

Posterior a lo sucedido, el 01 de junio del 2011 solicita a través de un escrito el historial clínico y los motivos por los que, sin considerar la hemorragia resultado del desprendimiento del útero se decidió su traslado a otro hospital, aun cuando su vida se encontraba en peligro.

De acuerdo al relato de la accionante, el Director del Hospital del Seguro Social manifestó que la atención médica brindada a los trabajadores a tiempo parcial que se encuentran afiliados es un nuevo proceso, por lo que pudo existir una interpretación errónea por parte del cuerpo médico. Dando a entender entonces que de manera tácita acepta la existencia de un error en la interpretación de sus derechos.

La Sra. Jessika manifiesta su indignación debido a que se exige que los empleadores sean puntuales respecto a sus obligaciones patronales, sin embargo, no se obliga a que los servicios de salud brinden buenos elementos.

La accionante indica que en las historias clínicas se puede manifestar que se le exigió abandonar el hospital, también recalca que tuvo que solicitar las copias 2 veces, la primera ocasión fue el 15 de junio del 2011, pedido que fue respondido de manera incompleta, pues se entregaron los documentos previos al alumbramiento. EL 30 de junio del 2011 nuevamente solicita las copias del historial clínico de los días 21 y 22 de mayo, se entregan las mismas y se puede confirmar que bajo la firma de la Dra. Claudia Sigüenza se encuentra el siguiente texto: “paciente se verifica vigencia del derecho y no cumple por lo que se deriva al hospital Teófilo Dávila”.

El mismo 30 de junio la Sra. acude a solicitar un documento en la oficina del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en donde consta que el empleador estaba al día en las aportaciones por lo que la accionante tenía vigente el derecho a la atención médica.

El abogado de la parte accionante en la audiencia pública recalca que la ley no sólo exige que el empleador esté puntual en los pagos, sino que la Ley de Maternidad indica que el derecho a la atención médica se mantiene, aunque el empleador se encuentre en mora hasta por dos meses, cosa que nunca se consideró en el presente caso.

Además de negarle este derecho, cuando la accionante acudió al IESS sin justificación alguna no le pagaron los días no laborados, tampoco consideraron las facturas de los gastos producto del nacimiento.

La accionante en la demanda plantea los siguientes derechos que considera fueron vulnerados:

- Derecho a la salud establecido en el art. 32 de la Constitución de la República (2008) mismo que establece los principios por los que se regirán los servicios de salud.
- Derecho a la seguridad social del art. 34 de la Constitución de la República (2008) que enfatiza la irrenunciabilidad de este derecho y la importancia que tiene para el Estado, además de establecer los principios por los que se rige.
- Derecho a la Libertad, determinado en el art. 66 numeral 2 de la Constitución de la República (2008) donde se manifiesta que abarca una vida digna. El numeral 3 hace referencia a la integridad personal mientras que el numeral 25 también mencionado se refiere al acceso a bienes y servicios. Todos los numerales antes mencionados se encuentran dentro de la concepción de libertad establecida en la Constitución.

En la réplica efectuada durante la audiencia pública la parte actora indica que al revisar la historia clínica notaron que la paciente debía ser revisada por un ginecólogo que nunca fue otorgado, en el mismo documento se puede constatar este hecho.

También se hace mención respecto de los medicamentos administrados, indicando que son para detener la hemorragia, sin embargo, la paciente tenía un desprendimiento del cuello uterino no una hemorragia, de manera que los medicamentos nunca iban a ayudar a la Sra. Jessika.

Al analizar los hechos y alegatos planteados por la parte accionante y relacionarlos con la información obtenida de doctrina, normativa y jurisprudencia respecto a la Violencia Obstétrica mencionada en el capítulo 1 del presente análisis de caso, se puede considerar los siguientes aspectos:

1. Cuando la Sra. Jessika Nole comienza a tener fuertes dolores de parto que provocaron sus gritos fue ignorada por el personal médico. Esta conducta constituye una manifestación de violencia simbólica, pues se tiene normalizado el acto de ignorar los gritos

de dolor de las pacientes hasta que se “calmen”. Esta actividad normalizada también forma parte de la violencia psicológica, que se reproduce a través del mecanismo culpa castigo, presentándose en este caso a través de no prestar atención a la gestante hasta que no haga silencio.

2. En el momento del alumbramiento la accionante no recibe ayuda, incluso debe agarrar a su bebé para evitar que este caiga, los médicos ni siquiera tenían puestos los guantes y se encontraban en otras actividades. Este comportamiento de los profesionales de la salud empata con la definición de Belli, que anteriormente fue mencionada, pues hablamos de un trato deshumanizado a la mujer embarazada. (Belli, 2013, pg. 28)

Otra característica que podemos notar en el caso, es que no se considera este actuar médico durante el proceso, no constituye uno de las quejas principales respecto a la vulneración de derechos cometida por los profesionales de la Institución Hospitalaria, esto se debe a lo normalizado que se tiene el maltrato en las instituciones públicas, ignorando y minimizando esta situación, enfocándose en lo ocurrido posteriormente.

3. En la réplica realizada durante la audiencia, la parte accionante comenta un actuar médico que nunca fue establecido en la demanda ni tomado en consideración, pero que configura una conducta que forma parte de la violencia obstétrica, pues esta negligencia médica se comete con posterioridad al parto, atentando así contra el derecho a la vida y salud de la madre, hablamos entonces del hecho de que no se contó con los profesionales capacitados ni con la medicina necesaria para lograr el bienestar de la paciente.

4. El suceso que constituye eje central de este caso ocurre con posterioridad al parto, cuando la accionante se encontraba en un estado grave de salud a punto de morir y a pesar de su condición deciden trasladarla a otro hospital, alegando que su empleador no había cancelado los valores que le correspondían motivo por el cual no podía ser atendida en esa

institución. La Sra. Jessika Nole hizo lo correcto al interponer una acción de protección, pues se vulneraron tanto sus derechos como los de su hijo, el ignorar la condición en la que se encontraba y centrarse en lo económico, enviando a la señora a otro establecimiento constituye una violación de su derecho a la vida y salud, pues se considera como primordial el tema económico dejan de lado el bienestar de la paciente.

Se debe tener en cuenta que cuando ocurrió este suceso no existía en el país ninguna norma relacionada con la Violencia Obstétrica, sin embargo, en la actualidad encontramos una definición de esta clase de violencia establecida en el art. 10 de la Ley Para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018), en base a esta enunciación podemos concluir que el expulsar a la paciente por considerar más importante los pagos es violencia obstétrica, pues tal y como dice la norma se limitó el derecho de la Sra. Jessika Nole a recibir atención gineco-obstétrica, además la decisión tomada por la institución constituye maltrato, pues ni siquiera se considera la calidad de vida y salud de la paciente.

2.1.1.2. Análisis de los argumentos de la parte demandada: La parte accionada manifiesta que el centro hospitalario del IESS ha otorgado a la paciente la atención médica necesaria por su maternidad desde diciembre del 2010. Que el 21 de mayo acude en la mañana a una consulta externa, donde le supieron indicar que debía ser ingresada, la Sra. manifiesta que primero debe resolver algunos asuntos en su domicilio, motivo por el que ingresa en la tarde quedando a cargo de la Dra. Claudia Sigüenza.

El 22 de mayo durante el expulsivo se produce una complicación, como es el desgarro en el cuello uterino, motivo por el que el jefe de guardia realiza un acto quirúrgico para controlar la complicación, sin embargo, la paciente mantiene un ligero sangrado.

Debido a que la situación de la Sra. Jessika Nole no mejoraba, los profesionales en aras de precautelar la vida de la paciente deciden enviarla al Hospital Teófilo Dávila

considerando que tiene la mayor experticia y oportunidad, en ningún momento se le exigió a la paciente que deje el centro hospitalario, es más fue trasladada a través de la ambulancia del IESS y estuvo acompañada en todo momento por un profesional médico.

Entre las excepciones planteadas, encontramos:

- Improcedencia de la demanda, considerando que la vía escogida no es correcta.
- Pretensión imprecisa y ambigua, considerando que el Municipio de Machala no tiene ninguna relación con la acción propuesta.
- Falta de vulneración de los derechos planteados por la accionante.

La Procuraduría General del Estado, concuerda con los hechos manifestados y las excepciones establecidas por la parte accionada.

En la contestación encontramos una versión diferente a la planteada en la demanda, comenzando por el motivo que llevó a la institución a trasladar a la accionante a otro hospital, pues estos manifiestan que la decisión se tomó en aras de preservar la vida y salud de la gestante, con esta declaración a primera vista se podría pensar que no cometieron ninguna clase de violencia pues tomaron las decisiones enfocados a preservar la integridad, vida y salud de la paciente. Sin embargo, esta versión de los hechos fue desmentida por el historial clínico de la Sra. Jessika Nole, en el que constaba el motivo de su expulsión, siendo este la carencia del derecho debido al incumplimiento por parte del empleador.

Se realizó un ejercicio de ponderación los derechos de la paciente embarazada o en trabajo de parto y los derechos económicos generados por los aportes al IESS, dejando de lado la condición especial y prioritaria que tiene la gestante.

El interés económico de la institución puede verse empatado con la visión tecnocrática establecida por Davis Floyd, ya que como se había mencionado este modelo se enfoca en el área económica teniendo como finalidad las ganancias, por ello las lógicas

empleadas por la institución se basan netamente en asuntos económicos e institucionales.
(Davis-Floyd, 2001, pág. S6)

De la misma manera podemos encontrar que otra característica que configura la violencia obstétrica es la subordinación que se emplea a la gestante, por su condición de ser mujer siendo esta profundizada debido a su nivel socioeconómico ya que es común en el país que en las instituciones públicas como es el IESS se genere un trato despectivo a diferencia de la conducta que comúnmente se tiene en las instituciones privadas donde debido a la condición económica que generalmente tienen las gestantes para costear un mejor trato.
(Vallana, 2016, pg. 37)

2.1.2. Análisis de la Sentencia Emitida.

La parte accionante solicitó en la demanda que se declare la vulneración de sus derechos constitucionales, solicitando lo siguiente:

- Compensación Económica por el daño causado producto del acto contenido en la Historia Clínica de la paciente.
- Garantía de no repetición de este hecho, generada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- El Municipio de Machala solicite disculpas públicas en un diario de mayor publicación.

En la Audiencia Pública efectuada el 17 de octubre la señora Jueza admite la acción de protección presentada contra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de El Oro.

El 19 de octubre del 2011 la Señora Jueza emite sentencia declarando con lugar la acción de protección, se dispone la reparación integral del daño causado, de manera que el

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social debe reparar económicamente a la paciente, compensar los gastos efectuados para la recuperación de la salud post parto.

También se ordena públicas disculpas, mismas que serán publicadas dentro del plazo de 10 días en una página completa en uno de los periódicos de mayor circulación a nivel provincial, dentro de este extracto constará el compromiso de tomar las medidas necesarias para evitar que situaciones similares vuelvan a suceder, la publicación deberá ser suscrita por el Director del Seguro Social de El Oro.

2.2 Análisis del Caso N° 07111-2011-1609⁶

La parte accionada Ing. Colon Fernando Ortiz Salazar y Dra. Dolores Bravo Medina (Director provincial del IESS en El Oro y Directora del Hospital del IESS en Machala) interponen ante la Corte Provincial de Justicia de El Oro el Recurso de Apelación de la sentencia emitida el 19 de Octubre del 2011 alegando que no existe concordancia con la pretensión de la accionante, señalan que en la parte resolutive se dispone se realice las disculpas en un diario de mayor circulación provincial, sin embargo, en las pretensiones se solicita que las disculpas públicas sean realizadas por el Municipio de Machala, siendo esta una institución diferente al IESS.

De manera que, dicho pedimento hacia el IESS no existe, razón por la que el juez no puede ordenar algo que nunca fue pedido, ni suplir esta omisión de hecho, pues los jueces tienen la obligación de suplir omisiones únicamente sobre derecho.

El Director Regional de la Procuraduría General del Estado, Dr. Antonio Pazmiño Ycaza también presenta recurso de Apelación dentro de la Acción de Protección propuesta

⁶ Años atrás cuando se apelaba una sentencia, este proceso se re sorteaba de manera que cambiaba de número, esto se puede constatar en el proceso físico.

por Jessika del Rosario Nole Ochoa. Manifiesta en su solicitud el desacuerdo con la decisión de ese Juzgado de aceptar la Acción Constitucional de Protección.

2.2.1. Análisis de la Sentencia Emitida.

Juez Ponente: Dr. Arturo Márquez M.

La Corte Provincial de Justicia de El Oro, Sala de lo Civil, el 20 de abril del 2012 emite la siguiente decisión:

- Acepta parcialmente el recurso de apelación.
- Declara parcialmente con lugar la Acción de Protección, deja sin efecto las disculpas públicas.

Respecto al segundo punto de la decisión, el tribunal en su motivación manifiesta que la pretensión referente a las públicas disculpas por parte del Municipio de Machala no procede, pues es una institución ajena al caso y al aceptar la misma, se atenta contra el principio de congruencia.

Es correcta la decisión emitida por el tribunal de segunda instancia, considerando que la pretensión de la parte accionante no fue la correcta pues el municipio es un ente independiente del IESS, mal podría solicitar el juez que se emitan disculpas por parte del IESS cuando nunca fue solicitado en la pretensión, pues se produciría una sentencia extra-petita.

Capítulo III. Análisis de la Sentencia N° 904-12-JP/19

3.1. Análisis Doctrinario y Normativo de las consideraciones previas emitidas por la Corte Constitucional.

El 28 de mayo del 2013 a Corte Constitucional selecciona la sentencia dentro de la acción de protección signada con el número 07952-2011-0836 para desarrollar jurisprudencia vinculante, misma que se establece con los dígitos 0904-12-JP.

La Corte Constitucional inicia con un resumen de los hechos del caso, de igual manera recaban nueva información que permite esclarecer ciertos hechos que no fueron profundizados en primera y segunda instancia, de esta manera a través de una audiencia llevada a cabo el 1 de octubre de 2019 la Corte considera el testimonio de Jessika del Rosario Nole Ochoa en el que indica que, el día 22 de mayo del 2011 posterior al parto y a su expulsión, al llegar al hospital Teófilo Dávila “nadie le quería coger ni meter mano”, la obstetra de este último centro mencionado señaló que “la traen para que muera aquí y echarle la culpa a este hospital”. Sin embargo, la misma Doctora tuvo consideración con la señora y le indica que va a hacer una excepción hasta que cuenten con el dinero, por lo que la paciente a la mañana siguiente ya se encontraba internada en una sala, en la que permaneció 3 días. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Con este testimonio emitido por parte de la accionante se puede dar a conocer el estado en el que se encontraba la misma, siendo esta situación relevante para el presente caso.

La Corte Constitucional después de conocer los hechos y de indagar a través del testimonio de la accionante, sucesos que no fueron mencionados en primera y segunda instancia, emite algunas consideraciones al respecto:

Comienza señalando que la salud reproductiva a la que tienen derecho las mujeres cuenta con una relación directa con los derechos a la salud, vida e integridad personal. La Constitución de la República en su artículo 35 reconoce a las mujeres embarazadas como un

grupo que requiere atención prioritaria, el artículo 363 del mismo cuerpo normativo en su numeral 6, señala que el Estado se encarga de ejecutar acciones y servicios relacionados con la salud reproductiva y sexual, además, busca garantizar la salud integral y vida de las mujeres, incluyendo sus etapas de embarazo, parto y postparto. (2008)

Notamos entonces como la Corte hace énfasis en la protección constitucional brindada a las mujeres durante su etapa de embarazo, parto y puerperio. Otras consideraciones de la Corte Constitucional del Ecuador podemos encontrarlas en la Sentencia No. 108-14-EP/20 que manifiesta que la protección especial brindada se fundamenta en la situación de vulnerabilidad y los riesgos que acompañan a esta etapa. (Corte Constitucional. Sentencia N° 108-14-EP)

El adoptar medidas de protección de carácter especial parte de la discriminación histórica y desigualdad estructural que a lo largo del tiempo experimentaron las mujeres de forma general, y de manera particular las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia con relación al acceso y ejercicio efectivo de los derechos en los distintos ámbitos. (Corte Constitucional. Sentencia N° 108-14-EP)

El derecho a la protección prioritaria, especial y reforzada se basa en:

- Condición de mujer embarazada y en período de lactancia que ubica a las mujeres en una situación de vulnerabilidad y riesgo frente a sus derechos de salud sexual y reproductiva, así como los derechos que conlleven la prestación de salud integral
- Necesidad de corregir la desigualdad y discriminación producida contra las mujeres en general, y en particular, el acceso y ejercicio de los derechos de mujeres embarazadas y en período de lactancia, debido a patrones socioculturales de discriminación, prejuicios, preconceptos y estereotipos. (Corte Constitucional. Sentencia N° 108-14-EP)

El caso motivo de análisis permite evidenciar la realidad referente a la atención negligente por parte del sistema de salud ecuatoriano contra cientos de embarazadas. La existencia de deficiente o inexistente atención provoca situaciones que pueden llegar a ser tan complejas que deriven en la defunción tanto de la madre como del feto. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Los médicos y el personal hospitalario en general debido a sus años de dedicación y estudio en el área de la salud, son los que más conocimiento poseen respecto a las consecuencias que pueden resultar de un actuar negligente, sin embargo, muchas veces debido a la ausencia de profesionalismo y carencia de empatía, no actúan de manera diligente poniendo en riesgo la salud de los pacientes que tienen a su cuidado.

La Organización Mundial de la Salud señala que varias mujeres mueren debido a complicaciones que se generan en el embarazo, parto o postparto. La mayor cantidad de complicaciones pueden ser prevenidas y tratadas, sin embargo, la ausencia de asistencia sanitaria provoca un agravio. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019)

De acuerdo a datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública, a diferencia del año 2020, en el año 2021 existe una disminución de 28 MM⁷. Entre las principales casusas de muerte materna hasta el SE 51 del año 2021 encontramos: Trastornos hipertensivos con el 26%; Sepsis 10,24%; Hemorragias obstétricas con el 17,87% y las causas Indirectas que configuran el 42,51%. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021)

Tabla 1

Situación de la RMM⁸ y el número de MM de los años 2017 al 2022

⁷ Muertes Maternas.

⁸ Razón de Muerte Materna: Número de muertes maternas dividido para el número de nacidos vivos estimados para el año y multiplicado por 100 000

Año	RMM	Total MM	Total MM T⁹
2017	42,78	143	68
2018	41,1	137	84
2019	37	123	105
2020	49,14	163	17
2021	39,79	132	15

Nota: Esta tabla muestra los casos de MM definitiva de los años 2017 al 2019, de los años 2020 y 2021 son datos de notificaciones sistemáticas. Obtenido de Gaceta Epidemiológica De Muerte Materna SE 1 a SE 11, Ecuador 2022. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/Gaceta-de-MM-SE-11.pdf>

En base a la tabla anterior, podemos notar como ha existido una disminución de casos de muerte materna, esto permite evidenciar una mejoría en el sistema de salud, ya que, como menciona la Corte en el presente caso de análisis, existe relación entre los servicios de salud y la mortalidad infantil y mortinatalidad.

El número de gestaciones (multigestación) constituye un factor de riesgo relevante que debe ser considerado al tratarse de la muerte materna, en este caso la Sra. Jessika Nole es una mujer embarazada de 27 años, que se encuentra en el rango de mayor mortalidad materno infantil y en el grupo de mayor mortalidad obstétrica al ser su cuarto embarazo, sin embargo, en la historia clínica de la paciente nunca se agregó información referente a los factores de riesgo y las medidas tomadas para brindarle una adecuada atención médica, no se le brindó atención médica individualizada necesaria de acuerdo a sus circunstancias

⁹ Total Muertes Maternas Tardías

específicas (número de partos y edad) ni se actuó con precaución y cautela. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

El Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer indica que, varias mujeres sufren peligro de quedar discapacitadas o hasta morir debido a circunstancias relacionadas con el embarazo, cuando no cuentan con recursos económicos suficientes que les permitan disfrutar de servicios previos y post parto. Por ello es papel del Estado garantizar la gratuidad de estos servicios, mismo que deben contar con el máximo de recursos disponibles. (Recomendación General N°24, art. 12)

La Corte Constitucional menciona nuevamente que las mujeres embarazadas pertenecen al grupo de atención prioritaria, misma que ofrece la atención médica personalizada, prioritaria y especializada por parte del Estado, con la finalidad de brindar cobertura a las necesidades específicas de cada paciente. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Los grupos de atención prioritaria debido a las condiciones que los rodean se encuentran frente a situaciones que provocan que el Estado deba actuar a través de diversos mecanismos con el objetivo de evitar que la desigualdad a la que se han visto sometida a través de los años no se profundice. Es por ello, que en el caso de las mujeres embarazadas es fundamental que se brinde la atención adecuada para velar por los derechos de este grupo vulnerable.

Como último punto, menciona lo señalado por la Organización Mundial de la Salud respecto a que, muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso y ofensivo en los centros de salud, amenazando sus derechos a la vida, salud, integridad física y no discriminación (Organización Mundial de la Salud [WHO/RHR/14.23], 2014, pg.1)

La ausencia de atención respetuosa y no abusiva, digna y centrada al paciente puede abarcar muchos puntos que aumentan su gravedad progresivamente, tales como la falta de respeto y abusos, la humillación sutil hacia las mujeres, el maltrato físico y verbal antes, durante y posterior al parto y la discriminación contra ciertos grupos. (Bowser D y Hill k, 2010, pg. 3)

Es probable que la ausencia de respeto y el abuso se deban a distintos factores, se perciban de distinta manera y, a veces, sean normalizadas en ciertos entornos. Sin embargo, si en algo coinciden los interesados y expertos en salud es que, esta violencia constituye una causa importante de sufrimiento para las mujeres. (Bowser D y Hill k, 2010, pg. 3)

Dentro de falta de respeto y abuso en el parto podemos encontrar categorías como abuso físico, atención no consentida, atención no confidencial, atención no digna, discriminación basada en atributos específicos, abandono de atención, etc. Estas categorías no son excluyentes. (Bowser D y Hill k, 2010, pg. 9)

Existen muchos ejemplos de discriminación durante el parto basados en origen étnico, edad, raza, idioma, las creencias y preferencias tradicionales, la situación económica y educativa de la paciente. Estas categorías se manifiestan cuando existe un trato irrespetuoso y ofensivo a mujeres adolescentes, solteras o de bajo nivel socioeconómico. (Bowser D y Hill k, 2010, pg. 9)

Por lo que podemos concluir que toda ausencia de respeto y abuso cometidos ante, durante y con posterioridad al parto configuran la vulneración de derechos humanos fundamentales de las mujeres.

3.2. Análisis de la relación existente entre la violencia obstétrica y la vulneración del derecho de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños a recibir atención prioritaria

La Corte comienza señalando los artículos relacionados a la atención prioritaria, siendo estos:

El art. 35 de la Constitución de la República (2008), señala que, tanto en el ámbito público como privado, los niños/as y las mujeres embarazadas contarán con atención prioritaria y especializada. (art. 35)

Con relación a las mujeres embarazadas consideran el art. 43 del mismo cuerpo legal: El Estado garantizará los siguientes derechos a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia:

1. No ser discriminadas por su embarazo en sus áreas laboral, educativa, social.
2. Servicios de salud materna gratuitos.
3. La protección prioritaria y cuidado en su salud y vida en sus etapas de embarazo, parto y posparto.
4. Otorgar facilidades para su recuperación postparto y durante el periodo de lactancia. (Constitución de la República, 2008, art. 43)

Estos artículos permiten evidenciar la importancia que brinda la Constitución a estos grupos, que de acuerdo a sus condiciones merecen un cuidado y protección mayor por parte del Estado, con la finalidad de permitir que mantengan una calidad de vida digna a través del respeto a sus derechos.

Son grupos de atención prioritaria los que, a través del tiempo, debido a su situación social, económica, cultural y política, a su edad y origen étnico se hallan en una situación riesgosa limitando su desarrollo y acceso a mejores condiciones de vida. El Estado tiene la

obligación de otorgar protección especial a estos distintos grupos que se caracterizan por tener una vulnerabilidad doble. (Ministerio del Trabajo, 2016, pg. 1)

La vulnerabilidad desde una perspectiva jurídica se refiere a la violación de derechos y libertades establecidos en los cuerpos normativos y acuerdos internacionales. El concepto se amplía al incluir la imposibilidad de contrarrestar institucionalmente esta situación y a la dificultad para actuar sobre las causas o por lo menos reparar las consecuencias. (Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2002, pg. 4)

Es común en América Latina el uso de términos como “grupos de atención prioritaria” o “grupos vulnerables”, pues, la vulnerabilidad se define a través de ciertos factores que permiten determinar la razón por la que ciertas personas, grupos y comunidades cuentan con menos posibilidades para enfrentar situaciones de desventaja social. (EUROsocial, 2015, pg. 4)

Cuando se refiere a los grupos socialmente vulnerables, hablamos desde una perspectiva de vulnerabilidad social, estos se identifican a través de factores que provocan que sean más proclives a experimentar circunstancias desfavorables para su inserción social y desarrollo personal, cuentan con una mayor posibilidad de exponerse a eventos dañinos, además de contar con atributos básicos compartidos (edad, sexo o condición étnica) que les provoca riesgos. (CEPAL, 2002, pg. 5)

El hecho de que exista la posibilidad de reconocer tantos grupos vulnerables como riesgos existentes se vuelve un obstáculo para la eficacia de políticas públicas, volviéndose un problema para el Estado. (CEPAL, 2002, pg. 5)

El principal objetivo del gobierno es lograr una mejora en la calidad de vida de la población, sin embargo, esta meta no es fácil de lograr debido a la gran cantidad de necesidades sociales existentes, motivo por el que es necesario generar estrategias para

disminuirlas, el problema es que estas son costosas. Ecuador es uno de los países donde esta situación es común, sobre todo las necesidades relacionadas con los grupos vulnerables, es decir con las personas que se encuentran propensas a sufrir problemas sociales y tener una deficiente calidad de vida que atenta contra la filosofía del buen vivir proveniente de la Constitución actual. (Romero, E., Zúñiga, X., Núñez, D., Rodríguez, A. y García, J., 2019, pg. 17)

Entre las actuaciones que se han tomado a favor de los grupos vulnerables, encontramos que el Estado ecuatoriano ha tomado medidas respecto a la protección laboral de las mujeres embarazadas, con figuras como la licencia de maternidad, los permisos de lactancia, la incorporación del despido ineficaz como figura cuya finalidad es reintegrar al puesto de trabajo a la mujer destituida por motivos relacionados con su embarazo. (López, 2021, pg. 663)

El Estado además de las medidas mencionadas anteriormente, ofrece una protección especial en materia de salud, como la gratuidad de los servicios relacionados con la salud materna y la protección prioritaria a este grupo. Esta protección se extiende antes, durante y con posterioridad al parto, incluyendo facilidades para la recuperación de la gestante. (López, 2021, pg. 663)

Es fundamental la creación de políticas públicas enfocadas en la mujer gestante, para lograr su acceso a servicios médicos necesarios antes, durante y con posterioridad al parto. Se debe tomar en consideración la protección al periodo de lactancia, pues esta etapa garantiza los derechos tanto de la madre como del recién nacido y permite generar un vínculo familiar y lograr un adecuado desarrollo del bebé. (López, 2021, pg. 664)

Además, para lograr garantizar que los principios, obligaciones y regulaciones establecidos en los distintos instrumentos sean eficaces, es necesario que se generen

facultades a los distintos organismos para que den un seguimiento a la implementación y eficacia de los mismos. (López, 2021, pg. 664)

La Corte Constitucional indica que la atención prioritaria hace referencia a los grupos humanos que requieren la prestación de servicios, incluyendo así a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos. Cuando se requiera un servicio, el prestador sea este público o privado debe considerar en primer lugar a los grupos de atención prioritaria, es decir, además de determinar las condiciones fundamentales para prestar el servicio en primer lugar se va a tomar en cuenta la situación preferente. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

En el caso, al momento de establecer que la accionante no tenía “vigencia del derecho” ya que su patrono se encontraba en mora respecto al cumplimiento de sus obligaciones, no solo se le negó la Sra. Jessika Nole la atención que merecía por ser afiliada, sino que le negó trato preferente que tenía por su condición de mujer embarazada. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Es necesario que el personal de salud tenga conocimiento de lo que significa del término “grupo de atención prioritaria” y quienes lo conforman, de esta manera se puede evitar tener errores respecto a la ponderación de las condiciones que se consideran necesarias para que la persona pueda ser atendida. El desconocimiento fue el pilar que llevó a que la institución cometa acciones que atenten contra la vida y dignidad de la señora Jessika Nole.

Se analiza también que la atención especializada implica un trato específico que depende de las necesidades de cada paciente. Al repasar los hechos se puede establecer que la accionante era una mujer embarazada que durante su labor de parto y el estado de alumbramiento merecía una atención hospitalaria adecuada con personal médico especializado, esto es, ginecólogos, pediatras y personal médico de apoyo en caso de existir

complicaciones, sin embargo, la paciente jamás recibió este tipo de atención. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

El hospital del IESS reconoció que la accionante tuvo complicaciones durante el parto (desgarro del cuello uterino), motivo que, según ellos, les llevó a que tomaran la decisión de derivar a la paciente a otro hospital, sin embargo, en el historial clínico de la gestante se puede observar que se establece que no posee la vigencia del derecho, dejando así en duda las razones dadas por la institución. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Durante la audiencia llevada a cabo ante la Corte Constitucional del Ecuador el 1 de octubre de 2019, la abogada representante del Hospital del IESS de El Oro y del Director Provincial del IESS de El Oro manifiesta en su versión que, la accionante no contaba con la vigencia del derecho, existe una errónea idea por parte de los afiliados al pensar que porque las empresas los afilian cuatro horas pueden hacerse entender, sin conocer que el tiempo parcial no permite este beneficio, sin embargo, debido a la situación de emergencia de la Sra. Nole Ochoa, el Seguro Social decidió ayudarle para luego derivarla al Hospital Teófilo Dávila que continuaría con la atención. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

A mi entender la versión antes mencionada solo permite corroborar los hechos indicados por la accionante, pues afirma que se deriva a la paciente por no poseer la vigencia del derecho, recalcan que fue atendida de emergencia por el Hospital del IESS, mas no se menciona que se derivó a otra institución cuando la accionante se encontraba en un estado de salud crítico debido al desgarro del cuello uterino, concluyendo así que la institución jamás consideró el estado de gravedad y emergencia de la gestante, únicamente consideró la vigencia del derecho y al suponer la no existencia del mismo, tomaron la decisión de privar de los servicios a la paciente.

La Corte Constitucional señala que, la exigencia del pago patronal carece de sustento normativo, pues, para la atención prioritaria de la mujer embarazada o en caso de existir una emergencia obstétrica, la Ley Orgánica de Salud en su art. 22 indica que, cuando las pacientes requieran la atención, esta será dada sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo. (2006)

Lo señalado en el párrafo anterior se sustentó también en el art. 96 de la Ley de Seguridad Social, misma que señala que el IESS tiene la obligación de conceder prestaciones por enfermedad y maternidad a sus asegurados independiente de la mora en la que se hallen sus patronos. (2001)

Por último, se menciona al art. 8 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente que señala la obligación de todo centro de salud de recibir inmediatamente a todo paciente en estado de emergencia sin la necesidad de un pago previo. (1995)

La Corte, considera que se produjo la vulneración de los derechos 35 y 43 de la Constitución de la República, pues la Sra. Jessika Nole a pesar de formar parte del grupo de atención prioritaria y de encontrarse en una situación de emergencia post parto, no recibió atención necesaria, prioritaria ni especializada por parte del hospital del IESS.

Es preciso determinar que el personal de salud nunca consideró la situación particular de la Sra. Nole Ochoa, quien debido al estado en el que se encontraba pertenecía a un grupo de atención prioritaria, es decir, merecía una protección mayor, motivo por el que se debía dejar de lado el ámbito económico y atender a la paciente.

Sin embargo, el hospital en lugar de brindarle atención especializada debido a su condición (especialistas se hagan cargo del desgarro del cuello uterino de la gestante) expulsó a la accionante alegando no tener vigencia del derecho, ignorando así su situación de

vulnerabilidad, misma que se profundiza al tratarse de una persona perteneciente al grupo de atención prioritaria.

3.3. Análisis Doctrinario y Normativo respecto a la relación entre la violencia obstétrica y el derecho a la Salud de la mujer embarazada.

Al hablar de la salud en general, se considera el art. 32 de la Constitución de la República (2008) que establece:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos...”

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.”

Dentro de la Constitución de la República (2008), encontramos el Régimen del Buen Vivir, cuya sección segunda, artículo 358 señala que: El sistema nacional de salud busca el desarrollo, cuidado y recuperación de las capacidades y potencialidades necesarias para lograr una vida saludable e integral, reconociendo la diversidad social y cultural.

Dentro de la misma sección, el artículo 363 numeral 6 indica que el Estado será responsable de efectuar servicios y acciones vinculados con la salud sexual y reproductiva, además busca garantizar la salud integral y vida de las mujeres, sobretodo en sus etapas de embarazo, parto y postparto. (Constitución de la República, 2008)

De modo que este último artículo se refiere específicamente a la protección que se brinda a la mujer embarazada y en todas sus etapas, antes, durante y post parto, dentro del Régimen del Buen Vivir.

La Corte manifiesta que existe una gran cantidad de instrumentos de derecho internacional de carácter vinculante para el Ecuador que reconocen el derecho a la salud, sin embargo, hace énfasis en algunos artículos que considera son relevantes en el presente caso:

En la Observación General N°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) el numeral 1 señala que, la salud es un derecho humano fundamental y necesario para el goce de los demás derechos humanos, las personas deben contar con el más alto nivel de salud que les garantice una vida digna. (2000)

En el presente caso hablamos específicamente de la salud sexual y reproductiva siendo esta una manifestación de la salud con ciertas particularidades derivadas de la situación biológica de embarazo y parto (Caso I.V.* vs. Bolivia, 2016)

El numeral 12 del instrumento antes mencionado, identifica que el derecho a la salud cuenta con elementos esenciales, como son:

* Disponibilidad: Debe existir un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, centro de atención y programas de salud, mismos que contarán con las medidas básicas de salud. (Observación general N°14, 2000, numeral 12)

La disponibilidad se mide a través de los recursos humanos, materiales y de infraestructura necesarios para brindar atención frente a los problemas que se derivan de la salud de la población, sin embargo, estos recursos deben darse con relación a la población que el Estado está obligado a atender, por ello el uso y disponibilidad se relacionan con los conceptos de demanda y oferta necesarios para determinar si se satisface esta condición de salud. (Conrado, 2017, pg. 74)

Para que la disponibilidad sea efectiva se deben considerar otros puntos, el comprender que ofrecer un servicio no es sinónimo de que el individuo pueda beneficiarse

del mismo, pues para lograr la accesibilidad se debe tomar en cuenta condiciones como la distancia, horarios de atención y características individuales, ej. Las necesidades de una persona que vive en la costa son diferentes a una persona de otra región. (Sánchez, 2017, pg. 84)

En este caso existía el establecimiento y el personal médico, sin embargo, este último actuó sin la diligencia necesaria al considerar más importante la mora patronal que la situación de emergencia de la paciente. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

*Accesibilidad: Establecimientos, bienes y servicios accesibles a todos sin discriminación. Presenta cuatro dimensiones: No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. (Observación general N°14, 2000, numeral 12)

Al hablar de accesibilidad física debemos entender que la geografía es determinante para la salud de sus poblaciones, así como sus inconvenientes en cuanto a la accesibilidad, esta influye en los ámbitos epidemiológicos, demográficos y nutricionales. La geografía establece una barrera en la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social permanecen. (Organización Panamericana de Salud [OPS/OMS], 2013, pg. 153)

Cuando se acude a las unidades de salud se debe considerar también el costo de las mismas, tomando en cuenta lo que se deja de percibir por recibir la atención, se establece así una diferencia con aquellos que se encuentran limitados por no contar con los medios para acceder al servicio, y quienes dejaron de percibir ingresos o tuvieron que tomar otras medidas para poder acudir. (Sánchez, 2017, pg. 87)

El acceso a la información entiende como fundamental que se brinde la información necesaria con la finalidad de que la persona comprenda y logre una atención efectiva. (Sánchez, 2017, pg. 87)

Se volvió inaccesible el servicio brindado por el hospital del IESS debido a requisitos innecesarios que además de no depender de la afiliada, ni siquiera fueron incumplidos, únicamente existió una errónea interpretación por parte de la institución. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Existió ausencia de información, pues el hospital jamás dio a conocer a la paciente las razones por los que no se brinda la atención y se le deriva a otro hospital, la accionante tuvo que solicitar su historia clínica para conocer los motivos de su expulsión. Además, no les bastó con no brindar información a la Sra Nole Ochoa durante hechos, sino que además en audiencia los representantes del hospital dieron una versión diferente a la manifestada en el historial clínico de la paciente, indicando que el traslado a otro hospital se dio con la finalidad de mantener la vida de la gestante, que nunca se tomó en cuenta la mora patronal. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

*Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados, es decir, deben respetar la cultura, la confidencialidad, ser sensibles respecto a los requisitos de género y mejorar la salud de los individuos. (Observación general N°14, 2000, numeral 12)

Cuando hablamos de aceptabilidad nos referimos también a la necesidad de adecuar los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales existentes en la población. (OPS/OMS, 2013, pg. 291)

La Sra. Jessika Nole manifestó haber sido tratada como un animal (*sic*), de manera que podemos deducir que el servicio brindado por el IESS no fue aceptable, no se le brindó

la atención personalizada ni se consideraron los factores de riesgo necesarios para evitar cualquier problema futuro, ni siquiera se elaboró de manera adecuada el historial clínico.

La paciente recibió tratos inhumanos caracterizados por la falta de sensibilidad del personal de salud para considerar las necesidades de la gestante, siendo estos de tal gravedad que dejaron en la accionante un gran miedo, motivo por el que no ha vuelto a acceder a los servicios de salud ofrecidos por el IESS. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

El hecho de que la señora Nole Ochoa tenga terror de acudir a los servicios de salud permite evidenciar como la violencia obstétrica cometida contra la gestante no solo la afectó físicamente al poner el riesgo su vida, sino también a nivel psicológico, provocando que a pesar de las complicaciones de salud que tenga no desee acudir al hospital del IESS guiada por el miedo a ser maltratada nuevamente.

*Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben ser de buena calidad y apropiados desde la perspectiva científica y médica, a través de personal médico, medicamentos y equipo hospitalario capacitado. (Observación general N°14, 2000, numeral 12)

Existe una relación íntima e insoluble entre calidad y accesibilidad, de manera que la calidad en abstracto sin que se otorgue el acceso es irracional y el acceso sin calidad constituye una falta de ética, por ello es fundamental el acceso universal a servicios de calidad. (Ruelas-Barajas, 2011, como se citó en Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015)

En la atención brindada por el IESS existió la carencia de calidad, el hospital debía contar con un personal especializado en el parto y con instrumentos necesarios para permitir que la paciente dé a luz en el lugar y con los medios adecuados. La misma abogada de la institución confirma esta situación al indicar que la derivación al hospital Teófilo Dávila se

produce debido a la ausencia de instrumentos fundamentales para atender a la paciente, además de señalar que por la falta de equipo médico e instrumental el hospital no puede cubrir ciertas contingencias médicas. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Es impensable que el Hospital del IESS no cuente con instrumentos necesarios para atender emergencias, pues se supone que al tratarse de un ente al que acuden miles de afiliados que cumplen con sus obligaciones, lo mínimo que se puede esperar es atención de calidad facilitada con el uso de instrumentos fundamentales para atender cualquier contingencia o imprevisto.

La Corte Constitucional consideración el numeral 33 de la Observación General N°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) que señala tres obligaciones del derecho a la salud que deben ser cumplidas por el Estado: la obligación de respetar, proteger y cumplir. La obligación de respetar obliga a los Estados a no intervenir en el goce del derecho a la salud. La obligación de proteger exige que los Estados generen medidas para evitar que terceros impidan la aplicación de las garantías. La obligación de cumplir implica que los Estados tomen medidas para garantiza el derecho a la salud. (2000)

El hospital del IESS incumplió con la obligación de respetar el derecho a la salud, pues exigió el pago patronal para atender un parto sin considerar el estado de salud y las necesidades de la mujer embarazada. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Incumplió con la obligación de proteger a la paciente, pues no impidió que la funcionaria además de exigir una carga ilegal para brindar atención médica haya derivado a la Sra. Jessika Nole recién dada a luz y con complicaciones a otro hospital. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

De esta manera la Corte Constitucional llega a la conclusión de que se vulneró el derecho a la salud de la señora Nole Ochoa.

Al referirse al derecho a la salud de la mujer embarazada y a la violencia obstétrica, la Corte comienza realizando un recuento de normas que se relacionan con este ámbito, toma en consideración el artículo 12 numeral 2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que señala la obligación de los Estados de garantizar servicios apropiados antes, durante y post parto, además de otorgar servicios gratuitos cuando sea necesario.

Este artículo se refiere netamente al compromiso de los Estados partes para brindar un nivel de salud adecuado a la mujer que se encuentre en estado de gestación, durante el parto y con posterioridad al mismo. Desde mi perspectiva, este artículo permite corroborar la obligación del Estado para considerar a estas mujeres como grupo de atención prioritaria.

La Corte comenta que, en la actualidad al hablar del derecho a la salud de las mujeres uno de los aspectos más relevantes es sobre la “violencia obstétrica” llamada también “violencia gineco-obstétrica” concepto carente de desarrollo jurisprudencial en nuestro país, motivo por el que considera necesario pronunciarse al respecto. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Señala que el concepto de violencia obstétrica se deriva del concepto de violencia contra la mujer, citando así algunos instrumentos que se refieren a esta última clase de violencia, tales como la “Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la Mujer”, “Convención Belém do Para”, también se cita el art. 10 sobre la violencia gineco-obstétrica

establecido en la “Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres”.¹⁰

La Corte concluye que, en el caso materia de análisis la Sra. Jessika Nole sufrió prácticas que configuran la violencia obstétrica:

1. Durante el parto y alumbramiento no fue atendida por un ginecólogo, ni cuando se encontraba en estado de emergencia.
2. Aun cuando tuvo dolores fuertes fue abandonada y sufrió indiferencia por el personal de salud durante varias horas.
3. Dio a luz sin el apoyo del personal de la salud, quienes se encontraban realizando otras actividades y acudieron a su ayuda cuando el bebé ya se encontraba fuera del cuerpo.
4. Pese a la hemorragia uterina sufrida con posteridad al parto, sin justificación alguna y con pocas horas de haber dado a luz, se le suspende la atención médica.
5. Sin tomar en cuenta su estado grave de salud se la deriva a otro hospital.
6. Debido al incorrecto actuar del personal médico es separada de su hijo durante varias horas.
7. No se le brindó la pertinente y adecuada información sobre su estado de salud, ni a ella ni a sus familiares.

El trato inhumano recibido por la paciente atentó contra su integridad física y psicológica, provocando que la accionante deje de usar los servicios públicos de salud, debido al gran miedo que le ocasionaba el pensar en volver al IESS. Esta serie de sucesos además

¹⁰ El análisis de estos cuerpos normativos se encuentra realizado en el capítulo 1, motivo por el que únicamente fueron nombrados.

de provocar que la vulnerabilidad que de por sí tiene la mujer embarazada se intensifique, configura en una clara muestra de violencia obstétrica. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

El análisis emitido por la Corte Constitucional abarca todos los puntos relevantes respecto a lo que puede considerarse como prácticas que incurren en violencia obstétrica, pues los actos citados constituyen un trato deshumanizado y denigrante que permite evidenciar que el personal de salud no considera la vida e integridad de la gestante, sino únicamente se centra en el ámbito económico.

3.4. Análisis Doctrinario y Normativo del derecho a la seguridad social brindado a las mujeres embarazadas.

La seguridad social es un sistema de prestaciones sociales enfocado en evitar riesgos e imprevistos. Nace como resultado de la era industrial, relacionada con el empleo, pues buscaba protección frente a ciertas urgencias (accidentes laborales y enfermedades), tenía como propósito el evitar que los individuos frente a ciertas contingencias recurran a la caridad. Con el tiempo se ha ampliado a otros sectores como el desempleo, maternidad, vejez, invalidez, etc. (Özden, 2012, pg. 3)

La Corte empieza señalando la Constitución de la República (2008) en sus art. 34 y 367 mismos que manifiestan que, el derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, el sistema de seguridad social es público y universal, encaminado a atender las necesidades contingentes de la población.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N°19, párrafo 1 manifiesta que el derecho a la seguridad social es de fundamental importancia

para garantizar la dignidad humana frente a circunstancias que privan el ejercicio de los derechos.

Para Bernedo Alvarado la seguridad social es un derecho fundamental y un instrumento de justicia social basado en principios de universalidad, igualdad, suficiencia, solidaridad, etc. (Bernedo, 2000, pg. 1)

Guillermo Cabanellas de Torres se refiere también a este término y señala que la seguridad social integra un conjunto de normas preventivas y de auxilio que el Estado otorga a todos los individuos, de manera que puedan hacer frente a determinadas contingencias. (Cabanellas, 2001, pg. 558)

Una de las ramas que el seguro social protege es la maternidad, de manera que la Observación General N°19 (2007) en el numeral 2 “Riesgos e Imprevistos sociales”, literal g, párrafo 19 manifiesta que las madres que trabajan cuentan con licencia con remuneración o con prestaciones de seguridad social, debe otorgarse también prestaciones médicas apropiadas tanto para la mujer como para el niño, atención prenatal, durante el parto, postparto y hospitalización.

En el caso de análisis, si bien se brindó atención prenatal, la atención durante y post parto fue negligente, no personalizada, prioritaria ni especializada. Se le negó la hospitalización aun cuando tenía derecho y se encontraba en peligro su vida e integridad física, derivándola sin consideración alguna a otro hospital.

Por último, la Corte se refiere a la Observación general N°19 (2007) en el numeral 4 “Accesibilidad” literal b, párrafo 24 misma que establece que la supresión, reducción o suspensión de las prestaciones debe ser limitada, razonable y estar prevista en la ley.

Con base a este artículo analizan que a la Sra. Nole Ochoa se le restringió de forma arbitraria su cobertura de salud, se le exigió el pago patronal para poder acceder a la

cobertura, siendo este requisito arbitrario, pues es contrario al art. 96 de la Ley de Seguridad Social¹¹ e impide el acceso a los servicios de salud y los derechos relacionados.

Los Jueces concluyen entonces, que el hospital del IESS durante el parto y post parto trató de manera negligente a la gestante, negándole atención hospitalaria, de modo que vulneró los artículos 34 y 367 de la Constitución de la República referentes a la seguridad social.

3.5. Análisis respecto a la reparación integral dada en el presente caso

La Constitución de la República en su artículo 86 numeral 3 establece que la causa se resuelve a través de la sentencia, si se constata la vulneración de los derechos se ordenará la reparación integral, material e inmaterial, y establecerá las obligaciones positivas y negativas de manera individualizada, y la manera en que debe ser ejecutada. El proceso concluye con la ejecución integral de la sentencia o resolución.

El art. 18 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional desarrolla el concepto de reparación integral, de manera que establece que la misma busca que el titular del derecho violado goce y disfrute el derecho y se reestablezca el estado anterior a la vulneración. La reparación puede incluir la restitución del derecho, la compensación económica, la rehabilitación, la garantía de no repetición, las disculpas públicas, etc. La reparación se genera en base al tipo de vulneración, las circunstancias del caso, las consecuencias de los hechos, los problemas generados al proyecto de vida, etc. (2009)

La reparación integral contiene medidas enfocadas en desaparecer los efectos de las violaciones cometidas y a indemnizarlas. Busca reparar los daños materiales e inmateriales,

¹¹ Artículo mencionado en los puntos anteriores. Establece la obligación del IESS de conceder prestaciones por maternidad aun cuando los patronos estén en mora.

patrimoniales y hasta familiares cometidos contra la víctima a través de distintas maneras de reparación. (Benavides, 2019, pg. 415)

Águila con respecto a este principio señala que, la reparación integral tiene como límite la reparación del perjuicio sufrido. (Águila, 2019, pág. 10)

Se aplica considerando la evaluación del daño, siendo esta actividad de competencia exclusiva de los jueces, mismos que determinan el límite de reparación integral en cada caso, de manera que este es variado, pues depende de los criterios jurisprudenciales. (Machado, Medina, Vivanco, Goyas, Betancourt, 2018, pg. 6)

La Señora Jessika Nole al presentar su demanda de acción de protección el 22 de septiembre del 2011 como posible reparación del daño causado solicitó la garantía de no repetición de los hechos que provocaron la vulneración del derecho, compensación económica de los gastos que realizó en medicina y por último las públicas disculpas por parte del Municipio de Machala en un diario de mayor circulación. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

En primera instancia el juez aceptó lo solicitado por la accionante, sin embargo, dispuso que las disculpas públicas fueran realizadas por el IESS. En segunda instancia se acepta la apelación parcial, motivo por el que se deja sin efecto las disculpas públicas, alegando que al ser una circunstancia de hecho no puede ser cambiada por el juzgador, por ende, se mantienen lo solicitado originalmente por la paciente (las disculpas públicas por parte del Municipio), pero no se da paso a lo solicitado, ya que el Municipio es una institución aparte del IESS.

La Corte Constitucional solicita a la Sra. Jessika Nole que, mediante un escrito aclare si la institución accionada ha cumplido con las medidas de reparación dictadas en primera y segunda instancia, de manera que la accionante indica que la reparación económica nunca se

realizó. La abogada representante del IESS de Machala acepta lo manifestado por la otra parte a través de la audiencia el 01 de octubre de 2019, donde señala que la institución no efectuó el pago por no conocer la cantidad precisa que debía cancelar. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Dentro del escrito, la Sra. Jessika Nole manifiesta la importancia que para ella tiene el que se generen las disculpas públicas, además de agregar que, debido a los daños causados por el IESS en su cuerpo, tuvo que renunciar a su trabajo, ya que siente demasiado dolor cuando realiza esfuerzos grandes. (Corte Constitucional, Sentencia 0904-12-JP)

Al realizar un minucioso análisis, la Corte Constitucional establece la siguiente decisión:

1. Ratifica la vulneración de los derechos establecidos en las sentencias expedidas por la Jueza del Juzgado Segundo de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia de El Oro y por la Corte Provincial de El Oro.

2. Declara la vulneración de los derechos a la atención prioritaria, a la salud y a la seguridad social, además reconocer que la accionante fue víctima de violencia obstétrica.

3. Como medidas de reparación a favor de la Sra. Jessika Nole, la Corte establece:

a. Que el IESS como compensación económica reconozca a favor de la Sra. los gastos de salud resultado de no haber recibido atención en el IESS. El monto económico se fijará en base a la documentación presentada ante la Justicia contencioso administrativa.

b. IESS depositará el monto de \$ 5 000,00 cinco mil dólares de Estados Unidos de América por concepto de daño inmaterial producto de la violencia obstétrica.

c. Como medida de satisfacción, en el término de un mes desde la notificación de la sentencia, el IESS debe publicar en un periódico de amplia circulación, por una sola vez, las

disculpas públicas a la Sra. Nole Ochoa. Dentro de estas disculpas constará el fragmento de la decisión de esta sentencia.

d. Como medida de satisfacción, dentro de los seis meses desde la notificación de la sentencia, el IESS y el Ministerio de Salud Pública deben difundir esta sentencia en la página principal de sus páginas web y a través de otros medios con la finalidad de generar conocimiento al personal médico y a la ciudadanía.

e. Como medida de no repetición el IESS y el Ministerio de Salud Pública en un plazo de un año elaborarán una guía integral de atención a las mujeres embarazadas y de prevención de violencia obstétrica, misma que deberá contar con la participación de distintas instituciones.

f. Como medida de no repetición el IESS y el Ministerio de Salud Pública deben efectuar un plan de revisión técnica para verificar que los establecimientos tengan las condiciones necesarias para atender a las mujeres antes, durante y con posterioridad al parto y para afrontar situaciones de emergencia obstétrica. Los resultados se informarán a la Corte en un plazo de un año desde la notificación de la sentencia.

g. Como medida de no repetición, el IESS debe realizar un llamado de atención a los servidores públicos que provocaron la vulneración de los derechos de la accionante.

4. El IESS y el Ministerio de Salud Pública deberán informar el cumplimiento de las medidas en el plazo de seis meses desde la notificación de la sentencia, se mantendrán informando hasta que se dé el cumplimiento cabal de la misma.

Las medidas otorgadas por la Corte no se limitaron a la reparación de la persona afectada, si no, fueron más allá, a la raíz del problema, que en este caso era el trato inadecuado a las mujeres embarazadas y en labor de parto, de manera que obligan al IESS y al Ministerio de Salud Pública que a través de distintas herramientas instruyan al personal de la salud con

la finalidad de que actos inhumanos que constituyan violencia obstétrica no se repitan, es decir, establece medidas preventivas para evitar la vulneración de los derechos de este grupo prioritario.

Dentro del Proceso 09802-2019-01355 el Tribunal Distrital N°2 de lo Contencioso Administrativo con sede en el Cantón Guayaquil, Provincial del Guayas, de acuerdo a lo ordenado por la Corte Constitucional, realiza la experticia del monto de gastos de salud en los que incurrió la accionante al no ser atendida en el hospital del IESS, y al no presentar facturas ni documentos que acrediten los gastos de salud en los que incurrió conforme lo ordenado en sentencia Nro. 094-12-JP/19, da como resultado el valor de \$0.00 cero dólares de los Estados Unidos de América. Luego de correr traslado de esta situación a la Corte Constitucional, esta última se pronuncia aceptando que se ha dado el cumplimiento integral de esta medida. Motivo por el que se ordena el archivo de este proceso. (Tribunal Distrital N°2 de lo Contencioso Administrativo, 09 de marzo del 2021)

Con relación a las demás medidas dispuestas por la Corte para garantizar la Reparación Integral de la víctima, se puede desprender que, dentro del proceso, no ha existido más información con relación al cumplimiento de lo ordenado, sin embargo, se desconoce si las instituciones han emitido informes a la Corte Constitucional sobre la realización de lo dispuesto.

Capítulo IV. Resolución del Caso Práctico

4.1. Encuestas realizadas a distintos profesionales de la salud

Se realiza una encuesta a distintos profesionales de la salud, médicos/as y enfermeros/as de la Ciudad de Cuenca, con la finalidad de determinar su conocimiento respecto a la violencia obstétrica y si han presenciado esta conducta en el ámbito práctico.

4.1.1. Resultados de la encuesta respecto al conocimiento de la violencia obstétrica

Debido a la naturaleza de las preguntas y por solicitud de los y las encuestados, se mantendrá la confidencialidad en los nombres de los participantes. Se encuesta a 31 profesionales médicos/as y enfermeros/as que se encuentra ejerciendo su profesión en la ciudad de Cuenca-Ecuador.

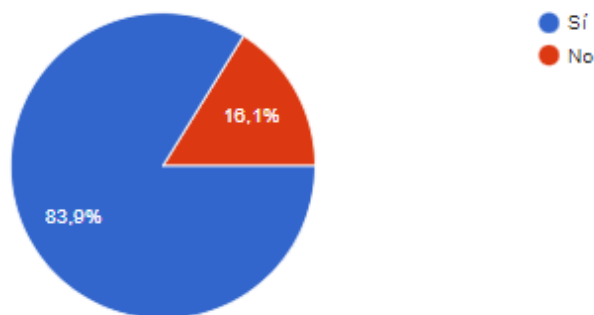
1. ¿Conoce usted qué es Violencia Obstétrica?

Figura 2

Respuesta sobre el conocimiento del término violencia obstétrica

¿Conoce usted qué es Violencia Obstétrica?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los médicos/as y enfermeros/as encuestados en la ciudad de Cuenca. El color azul hace referencia a los profesionales que respondieron que si tenían conocimiento (26 participantes) y el color rojo a los profesionales que no tenían conocimiento respecto al tema (5 participantes).

Es importante que los profesionales de la salud conozcan este tipo de violencia, ya que, de esta manera se puede evitar que se manifieste en el ejercicio de su profesión. La mayoría de médicos/as y enfermeros/as que respondieron esta encuesta, señalan tener conocimiento sobre esta clase de violencia, a pesar de que, en el área del derecho, toma auge

desde el 2018 con la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, se concluye entonces, que se mantienen informados sobre toda regulación que se relacione con su profesión.

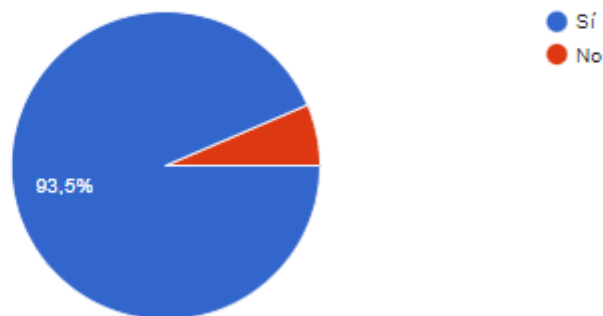
2. ¿Cree que existe violencia obstétrica en el Ecuador?

Figura 3

Opinión de los profesionales sobre la existencia de violencia obstétrica en el Ecuador

¿Cree que existe violencia obstétrica en el Ecuador?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los 31 médicos/as y enfermeros/as que realizaron la encuesta en la ciudad de Cuenca, 29 participantes afirman que existe violencia obstétrica y 2 profesionales señalan que este tipo de violencia no se genera en Cuenca-Ecuador.

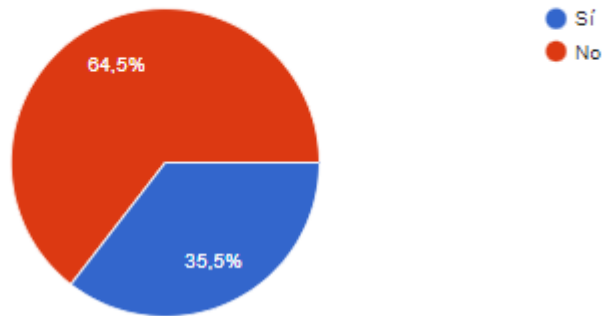
3. ¿Ha vivido alguna experiencia que usted califica como violencia obstétrica?

Figura 4

Respuesta de Médicos/as y enfermeros/as respecto a haber tenido o no, alguna experiencia que califiquen como violencia obstétrica.

¿Ha vivido alguna experiencia que usted califica como violencia obstétrica?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los profesionales de la salud. 20 participantes manifiestan no haber tenido ninguna experiencia y 11 afirman haber experimentado esta clase de violencia.

La mayoría de participantes en la pregunta anterior, afirman que existe violencia obstétrica, sin embargo, en esta pregunta el 64,5% manifiesta no haber pasado por alguna situación que encaje en este tipo de violencia, estas respuestas indican que, a pesar de que la mayoría de profesionales encuestados no han vivido a través de su propia experiencia algún acto que califica como violencia obstétrica, tienen conocimiento de que han existido casos en Cuenca donde se han producido actos que forman parte de este tipo de violencia.

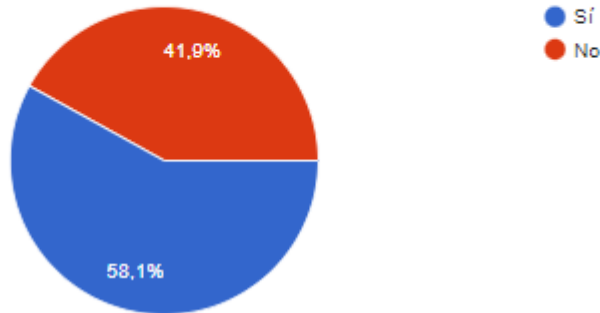
4. ¿Durante sus años de estudio algún docente le comentó sobre la existencia de este tipo de violencia?

Figura 5

Educación por parte de los docentes respecto a la Violencia Obstétrica

¿Durante sus años de estudio algún docente le comentó sobre la existencia de este tipo de violencia?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los médicos/as y enfermeros/as encuestados, mismos que poseen una edad promedio entre 25 y 35 años. 18 participantes indican que se les brindó conocimiento respecto al tema y 13 señalan no haber sido instruidos sobre el mismo.

A pesar de que la mayoría de participantes afirma que durante sus estudios recibió formación sobre este tipo de violencia, es preocupante el hecho de que no exista una gran diferencia con la cantidad de profesionales que señalan no haber recibido educación respecto al tema.

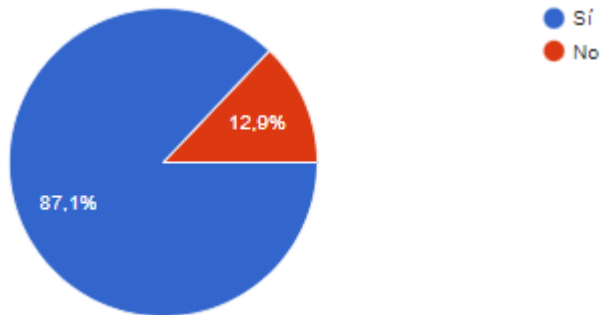
5. Desde su perspectiva, ¿el involucrarse en la vida personal de la paciente a través de comentarios o burlas referentes a la cantidad de hijos que posee, la situación económica en la que se encuentra, el nivel de educación que tiene y edad, configura violencia obstétrica?

Figura 6

Ejemplo práctico 1 de violencia obstétrica.

Desde su perspectiva, ¿el involucrarse en la vida personal de la paciente a través de comentarios o burlas referentes a la cantidad de hijos que posee, la situación económica en la que se encuentra, el nivel de educación que tiene y edad, configura violencia obstétrica?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los profesionales de la salud. 27 participantes manifiestan que esa clase de comentarios constituyen violencia y 4 niegan que este ejemplo pueda considerarse como parte de esta clase de violencia.

Concuerdo con la opinión de la mayoría, pues desde mi punto de vista, el realizar comentarios o burlas respecto al estilo de vida de la paciente, vulnera sus derechos a la dignidad y genera violencia psicológica.

A pesar de ser la minoría, es un preocupante que los profesionales consideren que el generar comentarios o burlas no constituye violencia obstétrica, pues no toman en cuenta la salud mental de las pacientes que se sienten afectadas de manera negativa con las opiniones hirientes emitidas.

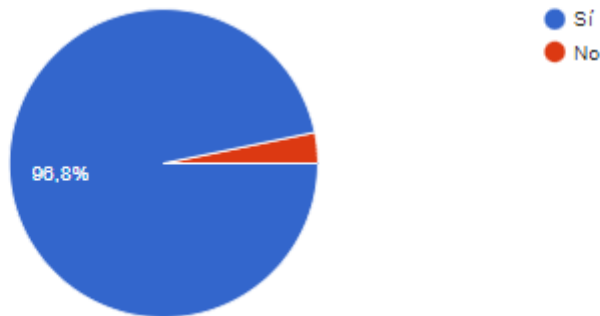
6. Usted cree que el ignorar los gritos de auxilio de las pacientes durante el parto o mandarlas a callar bajo la advertencia de que en caso de desobediencia no serán atendidas, ¿constituye violencia obstétrica?

Figura 7

Ejemplo práctico 12 de violencia obstétrica.

Usted cree que el ignorar los gritos de auxilio de las pacientes durante el parto o mandarlas a callar bajo la advertencia de que en caso de desobediencia no serán atendidas, ¿constituye violencia obstétrica?

31 respuestas



Nota: El gráfico representa las respuestas de los médicos/as y enfermeros/as encuestados. 30 participantes manifiestan que este acto constituye violencia obstétrica y 1 niega que forme parte de esta clase de violencia.

Este ejemplo, es una forma clara de castigo que los médicos/as y enfermeros/as imponen a las mujeres en labor de parto, con la finalidad de que sus actividades y actitudes se adecúen a las necesidades del personal médico ya mencionado.

4.2. Entrevista a los Profesionales de la Salud

Se realiza la entrevista a 4 profesionales, dos médicos generales y dos médicos especialistas en la rama de ginecología, respecto al caso analizado en este proyecto de investigación. De igual manera, a petición de los entrevistados se mantiene la confidencialidad de sus nombres, es por ello que se usarán seudónimos para diferenciar las respuestas de cada sujeto consultado, siendo estos: Mario, Daniel, Tamara y Marcelo.

4.2.1 Criterios Respecto al Presente Caso

Mario: Médico Cirujano General. 60 años de edad.

En este caso lo ideal hubiera sido que, en el momento de la atención del parto, debían estar el interno y los 3 residentes, situación que no se presentó en el respectivo caso. Si bien

la Corte toma en cuenta la edad de la señora como un determinante para la calificación del riesgo en el parto, como médico siempre se debe tener presente que el riesgo de muerte se puede presentar en cualquier situación, por lo que es necesario encontrarse alerta en todo momento.

Como médicos internos hemos tenido que enfrentar muchas veces solos a los pacientes, hace varios años trabajé en un Hospital de la región Costa, donde pude evidenciar un descuido total en el área de la salud, la gente estaba encima de nosotros, los médicos residentes no pasaban en el hospital, mientras que nosotros por el hecho de ejercer más tiempo y por las prácticas que hemos realizado, tuvimos la experiencia suficiente para enfrentarnos a estas situaciones, sin embargo, teníamos que estar atentos para que vengan los residentes, ya que, se dice que un parto es tan fácil, que el individuo más ignorante puede atender el parto de una persona en el campo o en una situación de emergencia, pues todo es fisiológico, sale el bebé, le amarran a veces el cordón, a veces usan hasta un hilo, sin embargo, en el hospital es todo más técnico, aun así en ambos casos, sale la paciente y el problema se termina, pero, cuando se complica el parto, pueden estar presentes todos los especialistas necesarios y aun así pueden morir la madre y el hijo.

En este caso, realmente tuvieron suerte los médicos que atendieron a la paciente ya que se pudo controlar la complicación, sin embargo, existió un descuido total de los médicos, primeramente, se sabe que el parto es una emergencia, se debe estar atento a los signos vitales de la mamá, el latido cardiaco del niño que es clave, y ver la evolución del parto, entonces hubo un descuido y una falta de consciencia al movilizar a la paciente en el estado crítico en el que se encontraba, pues aún si el parto se hubiera cursado sin complicaciones no era viable que se tome esa decisión, si un desgarro vaginal es terrible, peor el desgarro uterino donde se juega la vida, por ende creo que existió un descuido total.

Por último, si los médicos que le atendieron desde el inicio no hubieran estado en otras actividades y le ponían toda la atención aun así no hubieran estado del todo libres de alguna complicación, pero por su falta de experiencia o consciencia cometieron varios errores, uno debe estar ciento por ciento atento.

Daniel: Médico General, Máster en Salud Pública. 58 años de Edad.

Dos cosas primero:

1. En cualquier hospital donde alguien se va a hacer entender, existen auxiliares de enfermería que entran igual con los médicos a cualquier actividad dentro del quirófano o en sala de parto, me extraña que no se haya contado con un auxiliar de enfermería.

2. La ley protege el derecho a la vida del paciente, con la existencia de la ley, están obligadas todas las instituciones de salud a aceptar al paciente y una vez solucionado su problema la institución debe empezar a realizar trámites para cobrar lo que sea, no se puede hacer lo que hizo este caso el seguro, expulsarla entre la vida y la muerte, no es así como se deben manejar las cosas, ellos debían derivarla a otro hospital si la complejidad del caso lo amerita, cosa que no sucedió.

Las leyes están ahí lo único que se debe hacer es aplicarlas, en este caso la Corte Constitucional hizo bien al darle la razón a la señora, porque las Leyes obligan a las instituciones públicas a atender al paciente, incluso, ni siquiera un médico privado en un consultorio privado puede rechazar a un paciente para brindarle primeros auxilios en caso de existir una situación de emergencia, si un paciente llega a punto de morir es mi obligación como médico atenderle y si las condiciones se prestan para yo ayudarlo a mejorar debo brindar los primeros auxilios inmediatamente, así lo estipulan las leyes.

A mi criterio se vulneraron derechos humanos como el derecho a la vida y a la salud, porque la institución está obligada a brindar atención, se vulneraron los derechos

constitucionales de la señora porque ella se mantuvo al día con el pago, si es que la institución no comprendía cómo funcionaban los aportes de los trabajadores parciales no era problema de la señora. Si es que la Corte no le daba la razón a la señora únicamente taparía las negligencias del seguro, porque este es un caso de negligencia y desde mi criterio se debía sancionar hasta a los médicos que estaban atendiendo y cometieron aquella imprudencia.

Tamara: Médica Gineco-obstetra. 37 años de edad.

En relación a la parte obstétrica, debo acotar que la obstetricia es una profesión no grata ya que una paciente a pesar de que esté todo bien de un día o de un momento para el otro puede cambiar su cuadro y puede alterarse, puede estar incluso al borde de la muerte, son pacientes que, ya sea por su patología obstétrica, por el mismo hecho de estar embarazadas o porque tienen alguna otra comorbilidad pueden complicarse de una forma inesperada, entonces siempre se debe pensar en una paciente obstétrica como una paciente crítica que en cualquier momento puede complicarse, y es así que el hospital como tal debe abastecerse ya sea para tratar de tener todos los implementos, los insumos y el personal para poder solventar cualquier tipo de emergencias.

No le sabría decir que pasó en el parto, porque a veces puede haber partos precipitados, uno sigue una guía en el parto que se llama partograma y a veces las pacientes o se prolongan o se vuelven precipitados los partos que se dan de manera inesperada y rápida.

El desgarro del cuello del útero es una complicación que se puede dar en cualquier parto, la idea es hacer un diagnóstico temprano para evitar una hemorragia post parto y poder tener todos los insumos, porque este tipo de diagnóstico tiene que ser resuelto en quirófano realmente por un ginecólogo, es difícil que, si no estuvo un especialista, por más buena intención que hayan tenido los otros médicos generales que estuvieron de turno no van a poder resolver la emergencia en ese momento.

Primero, pienso que es un deber de la institución, cualquiera que sea, tener insumos, material, especialistas de turno las 24 horas para poder resolver y solventar una emergencia así, ya que cualquier paciente se puede complicar, incluso pacientes que ya son complicadas a veces les va muy bien, o al revés, pacientes que no tienen ningún factor de riesgo se pueden complicar, incluso ir a cuidados intensivos o fallecer, lamentablemente en el parto todo va bien hasta que la señora va a su casa y han pasado 40 días y no ha ocurrido nada, hasta ahí uno puede decir que realmente ha ido todo bien en un parto, realmente la obstetricia es así.

Por otro lado, el caso se da en el 2011, hace 10 años, donde había un vacío legal en el hospital respecto a que paciente puede ingresar y ser atendido en el seguro y cual no tiene derecho y no se le puede atender, incluso había situaciones en las que se hablaba hasta de sancionar al médico de manera económica si es que atienden a pacientes no aseguradas, entonces, era ese temor en el personal médico de ver a quien atender y a quien no, siempre hubo ese vacío que nadie nos explicaba, nadie nos indicaba que debemos hacer.

Viene la parte en la que se tiene derecho a la atención en emergencia por parte de cualquier institución, una vez solventada la emergencia se puede dar transferencia a otra casa de salud, pero siempre se debe atender primero la emergencia, si se necesitó hacer una transferencia a la paciente, debió haberse hecho siempre y cuando en el hospital en el que se encontraba no había un médico o el instrumental, o no había equipo de anestesia como para poder atenderle.

Hay que estudiar el momento de la transferencia y saber si es que la transferencia estuvo bien hecha, es diferente que yo en mi hospital tenga todo y le transfiera porque no tiene las aportaciones una paciente que estaba hemodinamicamente inestable, a que yo no tenga los insumos y se transfiera. Lo que se vive todos los días es que va una paciente al centro de salud o al Hospital del Girón y está cerca de dar a luz y se dan cuenta que el parto

se está complicando, que hay sufrimiento fetal, pero ya está cerca del parto, ya dio a luz, la paciente se complicó y no tienen como resolver porque no hay ginecólogo o el ginecólogo dice que la señora va a necesitar cuidados intensivos y ahí no cuentan con cuidados intensivos o no hay anestesiólogo, y ese rato se da la transferencia, las pacientes llegan entonces a otra casa de salud en un estado crítico pero es porque no se esperaba que la paciente se complique porque son de bajo riesgo y en el momento de la emergencia es cuando uno se encuentra en apuros. Siempre se debe estudiar que la transferencia esté bien hecha si no tuvieron insumos o no hubo alguna situación, algún equipo o anestesiólogo y necesitaban transferirle, pues debería hacerse la transferencia, es importante determinar el motivo de la transferencia.

Es fácil analizar las cosas de manera retrospectiva, es diferente cuando uno está con la paciente, esta se complica, está inestable, no hay insumos o vemos que realmente tratamos de estabilizarle y no hay mejoría en la paciente, en ese momento el tomar decisiones es mucho más difícil, además usualmente estas pacientes suelen complicarse a veces en la madrugada o noche cuando hay menos personal, no hay laboratorios, o sea hay un montón de falencias en el hospital y es ahí cuando se ven todas las falencias y el equipo médico en ese momento está ahogado y no sabe que decisiones tomar. En el momento de la situación de emergencia a veces piensa que las decisiones que toma son las mejores porque no piensa más allá, no encuentra una salida, está cansado, abrumado.

Primero, cualquier paciente se puede complicar en cualquier momento y etapa de la gestación y luego estudiar si la transferencia es adecuada, el momento de la transferencia y justificar la transferencia como tal, de ahí el determinar la existencia de violencia obstétrica es difícil porque se tiene que analizar estos puntos. Es diferente, yo tener una paciente que considere es de bajo riesgo y le puedo resolver en mi centro, en mi nivel de salud, yo voy a

aceptar esa paciente y atenderle, si se empieza a complicar y es serio, ese momento se va a transferir.

A veces los médicos se mandan comentarios ligeros y el familiar o la misma paciente al escuchar todo eso no toma en consideración los aspectos del anterior equipo de salud, por lo que por un comentario que haya hecho el médico que le recibió en el hospital al que fue transferida no se puede basar solo en eso una denuncia, si no en un análisis completo del caso como tal.

Marcelo: Médico Cirujano – Ginecólogo. 63 años de edad.

En un hospital siempre debe haber un médico ginecólogo para la atención a los pacientes, entonces desgraciadamente los servicios de salud en el Ecuador muchas veces están demasiado ocupados en tiempo para la cantidad de trabajo y para la cantidad de médicos que pueden estar asistiendo, hazte la idea que estoy en una unidad hospitalaria y tengo 20 pacientes y estoy metido en un quirófano, ¿cómo podría entonces atender a otro?, en ese caso ya no es una mala atención del médico, sería una mala atención propiamente del servicio en el cual ella estuvo porque debería tener el suficiente número de personal y de médicos para que pueda atender.

Tú eres este rato un estudiante universitario, tú sabes sumar dos más dos, pero si te digo que hagas diez sumas enseguida al mismo tiempo no vas a poder por más universitaria que seas, mientras sumas la una ya te sueltan la otra, desgraciadamente el sistema económico del país es el difícil, porque no hay la cantidad de dinero para poner el número de especialistas que se requieren, es la consecuencia de vivir en un país pobre.

No creo que haya médico que pueda mandar a un paciente a punto de morir para que muera en otro lado, ese tipo de situaciones no se dan, tal vez no tenían el médico especialista adecuado para que, de una atención en ese momento, si hubiera habido un médico

especialista ahí, tal vez no contaban ese momento con un médico especialista y ante el apuro necesitaban mandarle allá, no creo que precisamente alguien que estudia medicina, ningún ser humano, por ejemplo no creo que ningún abogado se levanta una mañana y diga hoy voy a defenderle mal a mi cliente para que se vaya a la cárcel. No existe médico que se despierte para decir que va a hacer un daño, desgraciadamente es el sistema, si tú te fijas, por ejemplo, hay sentencias que están por emitirse desde hace un año, dos años, tres años y no es porque sean malos los jueces si no es la cantidad de juicios que no pueden resolver todo el tiempo, entonces acusarle a una persona simplemente porque ha estado en el quirófano y le dejó nacer, ¿qué podía hacer esa persona? ¿Dejar de atender a otra persona para ir hacia afuera?, eso debe ser cambiado desgraciadamente desde la parte económica, si tú te vas a otros países como Alemania o Estados Unidos, todo el tiempo hay un número suficiente de personal médico, pero fíjate la salud en el Ecuador está colapsada por la parte económica, desgraciadamente son hospitales que por las condiciones económicas que están este rato, la mayor parte de pacientes van a hacerse atender en las unidades de salud del Estado, porque no tienen recursos económicos, yo no creo que esto sea una violencia contra la mujer ni una violencia obstétrica, si no qué, más bien es un sistema de atención precario que por falta de dinero hay que tratar de hacer lo que uno pueda, entonces, si te fijas ahora en las noticias pararon las operaciones en un hospital de Guayaquil por falta de recursos, ¿crees que precisamente fue culpa de los médicos que no estén ahí operando? No, no es culpa de ellos, tampoco del que está gerenciando, tampoco es culpa del Estado, porque no hay recursos porque somos un país pobre, si tuviésemos los recursos económicos que tienen grandes países, sería otro tipo de medicina, otro tipo de actuar de los jueces, sería otro tipo de actuar de todo el mundo, desgraciadamente estamos viviendo en Ecuador, un país pobre, que tenemos que batirnos como más o menos la ciencia nos va dando.

La Señora no haya estado muriéndose como para mandarle y si ha estado muriendo y no tenía los recursos el hospital, pues debía ser trasladada, si ellos no tenían un médico especialista que corrija ese desgarró, si le mantenían ahí y la paciente moría, el abogado de la otra parte hubiera dicho, por lo menos era que intenten llevarle a otro lado, yo como médico puedo encontrarme en un accidente de tránsito en la calle y le puedo ver que una persona está muriéndose y no le puedo salvar la vida ahí, necesito subirle a una ambulancia y trasladarle, no le salvaría la vida en la calle porque no tengo los recursos para darle la atención en este momento, entonces, lo mismo puede suceder en este caso, y hay veces que uno simplemente por los comentarios que te hacen, sin vivir la vida que uno como médico le toca vivir en los hospitales, emite un criterio, en un inicio da para pensar en pobre señora por qué no le atendieron, pero hay que analizar las cosas de trasfondo. En el mismo caso del accidente de tránsito, que a alguien le atropellaron en la esquina, yo me acerco y veo que tiene fracturada la columna, no puedo hacerle nada ese rato, le daré unas primeras medidas para evitar que prácticamente se ahogue en sangre, ponerle en una posición adecuada, pero ese paciente debe ser trasladado a un centro de especialidad para que sea tratado.

Si están médicos no especialistas, ¿cómo se hacen cargo?, si ellos tratan de resolver una cosa que no sea de su especialidad y no le va bien a la señora ese rato, les someten a un juicio, entonces si tú fueses abogado de ellos dirías ellos no tenían la capacidad de conocimientos y no están permitidos a actuar en este tipo de cosas, entonces la obligación de ellos es trasladar a hospitales de otro nivel donde está gente más capacitada.

4.2.2. Recomendaciones para evitar caer en este tipo de conductas

Mario: Médico Cirujano General. 60 años de edad.

A nivel del Azuay tuvimos la oportunidad de conversar con compañeros que también habían hecho el internado en mi misma época, entonces decíamos que en aquel tiempo si había más responsabilidad, se deben cumplir los esquemas y cronogramas de atención, si llega un paciente se debe contar con todo el personal médico preparado, desde el interno con la enfermera hasta los médicos superiores, entonces se recomienda eso, no confiarse, porque como siempre he dicho el parto puede ser sencillo, pero a veces se dan complicaciones por lo que se debe atender al paciente sin desperdiciar el tiempo, siempre se debe contar con el personal preparado para el momento de atender y que los mismos se encuentren completamente concentrados, porque la salud no es como un objeto mecánico que si no se arma no pasa nada.

El parto es fácil pero cuando se complica puede ocasionar la muerte tanto de la madre como del bebé, por lo que queda en manos de todos los médicos el brindar la mejor atención posible dentro de sus capacidades, sin descuidar sus funciones ni un momento.

Daniel: Médico General, Máster en Salud Pública. 58 años de Edad.

Desde mi perspectiva es recomendable que los médicos conozcan de la ley, deben conocer lo esencial, saber que deben brindar atención a los pacientes.

Otro problema es la falta de relación interpersonal entre el médico y los pacientes, es decir, conoce muy poco sobre relaciones humanas, es un técnico centrado en curar un paciente, darle su receta, pero no hay esa relación humana médico-paciente con criterio humanista, es algo de lo que carecen muchos médicos actualmente, algunos médicos antiguos suelen actuar con mayor cordialidad independientemente si están en el sector público o privado, cuando llega una paciente dicen, “señora, venga, siéntese, ¿cómo está?, ¿cuál es su problema?”, en cambio el médico actual únicamente dice, “siéntese” se da la vuelta y dice nuevamente, “ ¿qué le pasa?”, es decir, es poca la relación e interconexión entre el médico y

el paciente, el primero se dedica a preguntar y anotar cuatro cosas, sin considerar, que lo que se necesita es conversar con el paciente, esto nos hace falta a los médicos nuevos, más relación humana, más conversación profunda, que se atiende más al paciente, porque una cosa es atender la enfermedad del paciente y otra atenderle más al paciente.

Tamara: Médica Gineco-obstetra. 37 años de edad.

Lo que debemos hacer es educarnos todos, porque el tema de violencia obstétrica, relativamente en el país es algo que empieza a surgir desde hace unos años, entonces es importante la educación desde la universidad, desde la carrera de obstetricia, misma que ni siquiera contempla el término, es un término reciente, por lo que todos debemos educarnos en el tema.

Tiene que haber protocolos bien establecidos para poder solventar todas las emergencias, hacer simulacros para que en caso de que suceda alguna emergencia, todo el equipo sepa cómo debe funcionar y no solamente el equipo de ginecología, sino también laboratorio, pediatría, las otras áreas deben estar involucradas en las actividades que se van a resolver, por lo que debe ser una educación de todo el personal de salud que está alrededor de obstetricia.

Ahora, si deben dar tanto charlas o acercamientos de la relación médico paciente que es importante sobre todo en el momento de la labor del parto, o sea ponernos en el lugar de la paciente, no verlo tan medicalizado, pero también pasa eso porque el equipo de salud hace jornadas súper largas de trabajo, son médicos que pasan cansados, incluso están agotados ya horas de la noche, durante el día hay varias pacientes, o el mismo médico hace demasiadas actividades, entonces, yo sé que si una paciente se complica es terrible, pero a veces ese mismo médico está encargado de un montón de pacientes, por lo que sí debería también el

hospital tratar de solventar que exista un número adecuado de profesionales en relación a la cantidad de pacientes.

En la parte de enfermería y auxiliares de enfermería también deben educarles porque las enfermeras a veces son las que acompañan a la paciente durante la labor más que el médico, o a veces son los estudiantes, por lo que la educación sobre el trato personal que se debe dar a la paciente debe ser en general, del respeto a las condiciones y situaciones que tienen en relación al dolor, a las sensaciones, sus pensamientos.

Es importante la educación, también la responsabilidad de las instituciones de proporcionar todos los insumos y condiciones seguras para la paciente y el personal médico que trabaja en el lugar.

Marcelo: Médico Cirujano – Ginecólogo. 63 años de edad.

Es una pena lo que sucede, pero es la consecuencia de la parte económica, es triste decir eso, pero por la parte económica hay muchas cosas que se van dando dentro de una mala práctica médica, ¿cuántos pacientes necesitarán un remedio para salvar su vida?, hace unos meses había el caso de una niña en Guayaquil que pasaron por la televisión, necesitaba una sola ampolla para salvar su vida, tenía una enfermedad, la ampolla valía dos millones de dólares, no es culpa del médico que no pueda administrar eso, no es culpa del padre que no tenga eso, no es culpa del Estado que no tenga esa ampolla, el Estado le ayudó a través de fundaciones y consiguieron esa ampolla, desgraciadamente era una enfermedad que tenía alto riesgo de morir, por lo que la niña falleció, pero desgraciadamente es la parte económica, si el Ecuador estuviera en una bonanza económica todos los hospitales pequeños serían de primer nivel como en Estados Unidos o en los países bien desarrollados, pero desgraciadamente no, a nivel de unidades de tercer nivel como el Hospital Regional, tienes médicos especialistas las 24 horas del día, pero a nivel de hospitales cantonales muchas veces

más pequeños llegan patologías en las cuales no están capacitados los médicos y este rato la mala práctica médica es sancionada, ¿cómo pedirle a un médico de ahí que actúe resolviendo un caso que no es de su especialidad? Si les resuelven mal y se muere, le culpan y ahí si es un juicio del médico, yo creo más bien que ese rato ellos hicieron bien, si no tenían la capacidad científica para resolver, estaba bien emitido que le trasladaran, o sea, canalizar a la paciente, cumplir todos los requisitos, no mandarle por mandarle, si no llegar más allá.

4.3. Conclusiones.

Tomando en cuenta toda la información recopilada de normas, doctrina y conocimientos de los distintos profesionales de la salud, expongo las principales conclusiones obtenidas de este proyecto de investigación.

Comienzo indicando que en base a la recopilación de datos podemos señalar que la violencia obstétrica es toda conducta generada por parte del cuerpo de la salud en contra de la integridad física, psicológica y emocional de las pacientes con relación a su salud sexual y reproductiva.

Esta conducta se ha visto normalizada e ignorada a lo largo de los años, pues se veía influenciada por la falsa creencia de que el cuerpo médico al ser protector de la salud y vida no podía ser perpetuador de violencia, sin embargo, esta idea es errónea, pues esta clase de conducta se ha visto manifestada desde comentarios o burlas que menosprecian a las pacientes, hasta actos que atentan contra la dignidad e integridad humana.

Desde mi perspectiva, este caso dependía fundamentalmente de una prueba, el historial clínico, pues esta permitiría determinar si existió negligencia por parte del cuerpo médico, es decir, en caso de que se hubiera establecido en el historial que el motivo del traslado era debido a la ausencia de instrumentos o médicos especializados en el hospital el

resultado de la sentencia desde primera instancia podría haber sido diferente, pues se constataría que el personal médico buscó precautelarse la vida y salud de la paciente, sin embargo al aclarar que el traslado se debe a motivos económicos, toda la situación cambia, pues ponderan intereses económicos por sobre la vida de la gestante.

De manera que, el caso en análisis se vuelve un claro ejemplo de cómo se manifiesta esta clase de violencia, pues actos como el ignorar los gritos de auxilio de la paciente que está a punto de dar a luz y expulsarla del hospital cuando su vida corre peligro, son conductas inhumanas que atentan contra los derechos fundamentales de la paciente, como son el derecho a la vida, salud, dignidad e integridad física y psicológica.

La Corte al analizar el presente caso marca un hito en el desarrollo jurisprudencial del Ecuador, visibiliza una situación de violencia normalizada en el país, producto de las conductas negligentes por parte del cuerpo de salud. Precisa varios puntos fundamentales sobre la violencia obstétrica, comenzando con su conceptualización hasta su relación con la vulneración a los derechos fundamentales, es decir, los criterios establecidos por la Corte permiten ahondar en esta clase de violencia.

La sentencia emitida genera medidas que buscan prevenir que este tipo de actos se repitan, la Corte no solo establece una sanción contra la entidad que produjo la vulneración de los derechos de la accionante, sino va más allá, busca que a través de la vigilancia y educación al personal de la salud se prevenga que estas situaciones vuelvan a ocurrir, esta decisión es correcta, pues antes que buscar reparar los daños, se debe tratar de prevenirlos.

4.4. Recomendaciones.

* A lo largo de los años se les ha instruido a los profesionales de la salud la idea de que el despojarse de toda clase de sentimientos es fundamental en su profesión, sin embargo,

esta idea llevada al límite provoca una gran ausencia de empatía con relación a los pacientes, no consideran la situación en la que estos últimos se encuentran, no toman en cuenta sus ideas, sentimientos ni pensamientos, incluso se vuelven intolerables a sus conductas.

Esta ausencia de empatía puede manifestarse frente a las pacientes durante la etapa del embarazo o al momento del parto, muchas mujeres que pasan por esta situación se encuentran asustadas o adoloridas, por lo que el personal médico debe buscar soluciones a estas conductas, ponerse en el lugar de las pacientes, entender que estas se encuentran en un lugar desconocido para ellas, muchas no tienen conocimientos respecto a la medicina o son madres primerizas por lo que suelen estar tensas y temerosas, de manera que los profesionales deben tratar de actuar con empatía, buscar entender la posición en la que se encuentran las gestantes, tratarlas como si fueran miembros de su familia, en lugar de castigarlas, menospreciarlas o reprenderlas por conductas que consideran molestas e inadecuadas.

* No se puede establecer de manera específica las conductas que configuran la violencia obstétrica, por lo que considero necesario que desde las aulas se comience analizando esta clase de violencia, de manera que, al momento de encontrarse en la práctica, los profesionales guiados de todo el conocimiento adquirido puedan reconocer que actitudes no deben ser realizadas, pues provocarían la vulneración de los derechos de las pacientes.

* Es necesario que los estudiantes de ciencias médicas también posean conocimiento de leyes, normas y jurisprudencia relacionada con los derechos fundamentales de las personas, de manera que eviten realizar actos que atenten contra los mismos, como ocurrió en el caso analizado, donde debido al desconocimiento de las leyes no se consideró que en situación de emergencia es obligación del personal médico el precautelar la vida de la gestante por sobre cualquier otro interés económico.

* Por último, es necesario que el Estado brinde los recursos económicos suficientes a las instituciones con la finalidad de que estos contraten un número adecuado de médicos para atender a la gente que asiste a diario al hospital, pues, muchas veces los médicos se encuentran agotados, o con una gran cantidad de pacientes o actividades, motivo por el que pueden llegar a actuar de manera no agradable debido a la abundancia de responsabilidad, presión y estrés. También, es necesario que se contrate personal especializado para solventar emergencias que médicos generales no podrían resolver por más buena intención que tengan.

Referencias

Águila, R. (2019). Los Límites al Principio de Reparación Integral. *Revista Chilena de Derecho Privado*, Vol. 15, pág. 9 – 28. Obtenido de: <https://www.scielo.cl/pdf/rchdp/n15/art01.pdf>

Arguedas, G. (2014). La Violencia Obstétrica: Propuesta Conceptual a partir de la Experiencia Costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11 (núm. 1), pág. 145- 169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. 13 de septiembre de 2000. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. 20 de septiembre de 1993. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Vol. 1 (núm. 7), pág. 25- 34. Disponible en:

<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Benavides, M. (2019). La Reparación Integral de la Víctima en el Proceso Penal. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos, Vol. 11 (N°5)*, 410 – 420. Obtenido de: <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rush>

Bermeo, J. (1999). *Hacia una salud holística: “Relación de ayuda y marginación”*, in “Camillanum”. Roma.

Bernedo, J. (2000). *Informe regional sobre la situación de la Seguridad Social como un Derecho Humano en América Latina*. Perú.

Blazquez, N. (2008). *El Retorno De Las Brujas. Incorporación Aportaciones Y Criticas De Las Mujeres A La Ciencia*. UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

Bourdieu, P. (2000). *La Dominación Masculina*. Editorial Anagrama. Disponible en: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondui-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>

Bowser D, Hill K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis*. USAID / TRAction Project. Obtenido de: https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf

Cabanellas de Torres, G. (2001). *Diccionario de Derecho Laboral*. Ed. 1. Heliasta.

Camacaro, M. (2009). PATOLOGIZANDO LO NATURAL, NATURALIZANDO LO PATOLÓGICO... IMPRONTAS DE LA PRAXIS OBSTÉTRICA. *Revista Venezolana De Estudios De La Mujer*. Vol.14(N°32), pág. 147-162.

Canal Roland Barriga. (15 de marzo de 2021). La Cacería de Brujas - Documental Completo

En Español Latino [Archivo de Video]. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=UtKNDqA_dVo

Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología De La Práctica Médica Autoritaria: Violencia*

Obstétrica, Anticoncepción Inducida Y Derechos Reproductivos. Centro Regional de

Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México.

Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)

[unam/20170511032438/pdf_1464.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)

Cobo, C. (2016). *La Violencia Obstétrica* [Tesis de grado, Universidad de Cantabria].

Disponible en:

[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4)

[%20C..pdf?sequence=4](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4)

Comisión Económica para América Latina. (6 al 10 de mayo de 2002). *Vulnerabilidad*

Sociodemográfica: Viejos y Nuevos Riesgos para Comunidades, Hogares y Personas.

Obtenido de:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13051/S2002632_es.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2014). Informe De Admisibilidad

Eulogia Y Su Hijo Sergio. (INFORME No. 35/14- PETICIÓN 1334-09). Perú.

Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>

Conrado, A. (2017). Capacidades y Retos del Monitoreo sobre la Disponibilidad y el Acceso

a los Servicios de Salud en Argentina. *Salud Colectiva*, vol. 13 (núm. 1), pág. 73 –

90. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/journal/731/73150530007/html/>

Constitución de la República del Ecuador [Const]. 20 de octubre de 2008 (Ecuador).

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Artículo 12. 3 de septiembre de 1981.

Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia N° 108-14-EP, M.P, Daniela Salazar Marín. 09 de junio de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V.* vs. Bolivia. Sentencia de 30 de noviembre de 2016.

Corte Provincial de Justicia de El Oro. Sala de lo Civil. Caso N° 07111-2011-1609, M.P.

Arturo Márquez M.

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.

International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 75. pág. S5-S23.

[https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292(2016)00510-0)

[7292\(2016\)00510-0](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292(2016)00510-0)

Estrada, J. y Sánchez, L. (2011). Las Violencias De Género Como Problema De Salud

Pública: Una Lectura En Clave Bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, Vol.6

(núm. 1), pág. 37-61. Obtenido de:

<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032004.pdf>

EUROsocial. (2015). *Informe sobre el abordaje de la vulnerabilidad en EUROsocial*.

Obtenido de: [http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1447416430-](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1447416430-informe_grupos%20vulnerables.pdf)

[informe_grupos%20vulnerables.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1447416430-informe_grupos%20vulnerables.pdf)

Fajardo-Dolci, G. Gutiérrez, J y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando* la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*,

Vol. 57(núm. 2), pág. 180 – 186. Obtenido de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal152j.pdf>

Federici, S. Mario Sepúlveda Sánchez (Ed.). (2010). *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Editorial Traficantes de Sueños.

Imaz, Elixabete. (2001). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo*. Universidad del País Vasco Política y Sociedad. Madrid. pág. 97-111.

Juzgado de la Niñez y Adolescencia de El Oro. Juzgado Segundo de la Niñez y Adolescencia. Caso N° 07952-2011-0836, M.P. Lorena Farías Serrano. 19 de octubre del 2011.

Ley 0. Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional. 22 de octubre del 2009. Registro Oficial N°52.

Ley 55 de 2001. Ley de Seguridad Social. 30 de noviembre de 2001. Registro Oficial N°465.

Ley 67 de 2006. Ley Orgánica de Salud. 22 de diciembre de 2006. Registro Oficial N°423.

Ley 77 de 1995. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. 03 de febrero de 1995. Registro Oficial N°626.

Ley Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra Las Mujeres. Art. 10. 05 de febrero de 2018. (Ecuador). Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

López, D. (2021). La Protección Legal a las Mujeres Embarazadas como Grupo de Atención Prioritario. *Revista Sociedad y Tecnología, Vol.4* (núm. 52), pág. 654 – 666. Obtenido de: <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/176/465>

Lugones, M. (2018). La Importancia de la Atención Prenatal en la Prevención y Promoción de la Salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Vol.44*, pág. 1- 3.

Machado, L., Medina, R., Vivanco, G., Goyas, L. y Betancourt, P. (2018). Reparación Integral en el Sistema Jurídico Ecuatoriano; ¿Derecho Público o Privado? *Revista Espacios*, Vol.39 (N° 09), pág. 1– 14. Obtenido de: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n09/a18v39n09p14.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 51 Ecuador 2021*. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>

Ministerio del Trabajo. (2016). *Dirección de Atención a Grupos Prioritarios: Rendición de cuentas 2016*. Obtenido de: <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/GRUPOS-PRIORITARIOS.pdf>

Monroy, S. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10618/soniaandreamonroymu%c3%bl%20oz.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Observación General N°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 22º periodo de sesiones. 11 de agosto de 2000.

Observación General N°19, El derecho a la seguridad social (artículo 9). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 39º periodo de sesiones. 23 de noviembre de 2007.

OEA. Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer, "CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ". Junio de 1994. Disponible en:

<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/609/3/NI-005->

[Convenci% c3% b3n% 20Bel% c3% a9m% 20Do% 20Par% c3% a1.pdf](#)

Organización de Estados Americanos (2021, 31 de marzo). *La CIDH presenta caso sobre Venezuela ante la Corte Interamericana* (Comunicado de Prensa).
<http://www.oas.org/es/cidh/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/081.asp>

Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2019). *Mortalidad Materna*.
Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.
Washintong. Disponible en:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf

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*. OMS: WHO/RHR/14.23. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
f (Consultado el 31/1/2021)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la Conducción del Trabajo de Parto*. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR de la OPS/OMS. Disponible en:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

(Consultado el 15/1/2021)

Organización Panamericana de Salud. (2013). Cobertura Universal en Salud: *Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. Obtenido de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6293/CoberturaUniversalSaludMexico2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pereira, C. Domínguez, A. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez*, num. 637, pág. 81- 90. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v75n2/art02.pdf>

Recomendación General N°24. CEDAW RECOM. GENERAL 24. Artículo 12°. 02 de febrero de 1999)

Romero, E., Zúñiga, X., Núñez, D., Rodríguez, A. y García, J. (2019). Atención a Grupos Prioritarios y Calidad de Vida, ¿Responsabilidad Social Universitaria?: Caso Parroquia Mariscal Sucre – Ecuador, 2017. *Revista Publicando*, Vol. 6 (núm. 22), pág. 16 – 26. Obtenido de: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2035>.

Sadler, M. (2004). “*Así Me Nacieron A Mi Hija.*” *Aportes Antropológicos Para El Análisis De La Atención Biomédica Del Parto Hospitalario*. [Trabajo de grado, Universidad de Chile, facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Santiago de Chile]. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf

Sánchez, D. (2017). Accesibilidad a los Servicios de Salud: Debate Teórico sobre Determinantes e Implicaciones en la Política Pública de Salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, Vol. 55 (Núm. 1), pág. 82 – 89. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>

Tribunal Distrital N°2 de lo Contencioso Administrativo. Proceso 09802-2019-01355, Juez Ponente Dr. Juan Carlos Jaramillo; 09 de marzo del 2021.

Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Documents/TESIS/Parir%C3%A1s%20con%20dolor,%20lo%20embarazoso%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20obs-t%C3%A9trica.%20Tesis.pdf>

Vallana, V. (2018). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev. Cienc Salud*, Vol. 17(especial), pág. 128-144. <file:///C:/Users/PC/Documents/TESIS/Es%20rico%20hacerlos,%20pero%20no%20tenerlos%20libro.pdf>

Vera, A. (2009). Humanismo y Medicina Algunas reflexiones pertinentes. *Acta Médica Colombiana*, Vol.34 (n°2), pág. 67-91. <http://actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02s-2009-15.pdf>

Viveros, M. (1995). Identidades de género y procesos sociales. En Tercer Mundo S.A. (Ed.), *GÉNERO E IDENTIDAD, Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 150-237). Ediciones Uniandes

Özden, M. (2012). *El Derecho a la Seguridad Social*. Centro Europa-Tercer Mundo (CETIM). Obtenido de: <https://www.cetim.ch/wp-content/uploads/Derecho-a-la-seguridad-social.pdf>

Anexos

Encuesta:

* Se mantendrá la confidencialidad de los nombres de los participantes.

Nombre:

Edad:

1. ¿Conoce usted qué es Violencia Obstétrica?

Si

No

2. ¿Cree que existe violencia obstétrica en el Ecuador?

Si

No

3. ¿Ha vivido alguna experiencia que usted califica como violencia obstétrica?

Si

No

4. ¿Durante sus años de estudio algún docente le comentó sobre la existencia de este tipo de violencia?

Si

No

5. Desde su perspectiva, ¿el involucrarse en la vida personal de la paciente a través de comentarios o burlas referentes a la cantidad de hijos que posee, la situación económica en la que se encuentra, el nivel de educación que tiene y edad, configura violencia obstétrica?

Si

No

6. Usted cree que el ignorar los gritos de auxilio de las pacientes durante el parto o mandarlas a callar bajo la advertencia de que en caso de desobediencia no serán atendidas, ¿constituye violencia obstétrica?

Si

No