

Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada

Obstetric violence in Ecuador: an invisible reality



Doménica Bernarda Ledesma Muñoz*, Cheryl Martens**, Thais Brandão***

Recibido: 27/03/2023 - Aceptado: 26/04/2023

Resumen

Hace casi veinte años que la violencia obstétrica ha sido documentada como una práctica normalizada e invisibilizada en la región latinoamericana. Aunque Ecuador cuenta con una ley que reconoce y define la violencia obstétrica, esta no ha logrado ser erradicada y además todavía es poco reconocida en el país. En el presente artículo se examina tal situación con el fin de aportar evidencias al campo médico-obstétrico y al desarrollo de políticas públicas de salud sobre este tipo de violencia. A través de un estudio cualitativo, basado en grupos focales y entrevistas semiestructuradas, se exponen seis factores de la violencia obstétrica experimentados por las mujeres en el país. Finalmente, reconocemos que la pandemia de la covid-19 ha profundizado las dificultades, tanto para las pacientes como para el personal médico, a la hora de garantizar el respeto y los buenos tratos mínimos durante el parto. Nombrar y prevenir la violencia obstétrica se considera fundamental para evitar la vulneración del derecho al acceso digno a la salud por parte de las mujeres en su fase reproductiva.

Palabras clave: género; parto; personal médico; salud materna; violencia obstétrica.

Abstract

Nearly twenty years ago, obstetric violence was documented for the first time as normalized and invisible in Latin America. Although Ecuador has a law that recognizes and defines obstetric violence, it has not been eradicated and is not well recognized. The aim of this article is to examine the situation of obstetric violence in Ecuador in order to contribute evidence to the medical-obstetric field and to the development of public health policies related to this type of violence. Through a qualitative study based focus groups and semi-structured interviews, six factors of obstetric violence experienced by users in the country are highlighted. Finally, we recognize that the COVID-19 pandemic has deepened the difficulties for both patients and medical personnel when it comes to guaranteeing respect and basic good treatment in childbirth. Naming and preventing obstetric violence are considered to be key to avoid the violation of the right to dignified access to health care for women in their reproductive phase.

Keywords: childbirth; gender; maternal health; medical personnel; obstetric violence.

* IEAD USFQ, cmartens@usfq.edu.ec

** IEAD USFQ, cmartens@usfq.edu.ec

*** IEAD USFQ, cmartens@usfq.edu.ec

Introducción

En Ecuador y en todo el mundo las mujeres sufren distintas desigualdades, ya sea por su clase social, su etnia o por su orientación sexual, y son objeto de múltiples formas de violencia. La Organización de las Naciones Unidas ([ONU Mujeres] 2022) advierte que estas desigualdades ponen en peligro la autonomía, la seguridad y la libertad de las mujeres, limitando el desarrollo de todas sus capacidades y de su participación en la sociedad.

Una de las formas que perpetúa desigualdades es la violencia obstétrica, la cual se encuentra casi invisibilizada en el país. Solamente luego de una lucha extendida por organizaciones sociales para enfrentar la violencia de género en Ecuador, en el 2018 se puso en vigencia la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra Las Mujeres (Ley 0/2018). En esta ley, artículo 10, literal g, se define la violencia obstétrica como “toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos” (Ley 0/2018, 13). En este artículo se incluyen todos los tipos de prácticas donde se presenta una apropiación del cuerpo y del proceso reproductivo de la mujer que puedan repercutir tanto física como mentalmente en ella y en su bebé.

Por ello, reconocer e identificar la violencia obstétrica resulta importante, más aún en un país con influencia judeocristiana. Aquí hacemos referencia a las creencias y prácticas que se derivan de la religión que siguen influyendo en muchas culturas occidentales, donde prácticas relacionadas con el “parto con dolor” se han ido normalizando e institucionalizando, y a pesar de existir leyes claras contra este tipo de violencia, su implementación no se ve del todo reflejada.

De igual forma, como la salud es un derecho universal, el Estado es el ente responsable de velar por un sistema de salud eficiente, digno y de calidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar” (OMS 2017, párr. 2), en este caso para todas las mujeres gestantes durante el embarazo, parto, postparto y abortos. Por otro lado, también se considera de gran importancia no solo observar los factores médicos y las falencias del sistema médico-obstétrico, sino también reconocer cuáles son esos factores estructurales que impiden que el personal de salud pueda ofrecer una atención adecuada antes, durante y después de estos procesos.

El trabajo de Medina (2021) refleja que en Ecuador 48 de cada 100 mujeres se sintieron vulneradas por parte del personal sanitario y que 42 de cada 100 mujeres experimentaron violencia obstétrica al menos una vez en su vida. Asimismo, Ortiz

et al. (2017) explica que en Ecuador la tasa de cesáreas innecesarias es alta, llegando a 575 por cada 1000 nacimientos y que se ha gastado aproximadamente 200 millones de dólares en estas intervenciones sin justificación. Es importante señalar que la OMS (2015) declaró que la tasa ideal de cesáreas debe estar entre el 10 % y 15 %, y que estas deben llevarse a cabo con el objetivo de cuidar la vida materna y neonatal.

Entonces, ¿por qué las personas han oído muy poco sobre la violencia obstétrica? En el presente artículo se analiza cómo muchas mujeres cuentan historias de violencia al momento del parto o de realizar un aborto, pero no las reconocen como un tipo de agresión específica, de hecho, las definen solo como una eventualidad negativa con el personal médico de turno.

Tras el impacto mundial de la fuerte crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de la covid-19 se han profundizado aún más las dificultades tanto para las mujeres como para el personal médico de reconocer y prevenir la violencia obstétrica. Como evidencia de ello y a causa de este colapso, Sadler, Leiva y Olza (2020) indican que en muchos países se impidió que los y las pacientes, en especial las mujeres en labor de parto u otro procedimiento obstétrico, estuvieran acompañados por un familiar y contaran con un ambiente óptimo, lo cual facilitaba la perpetuación de la violencia.

Está ampliamente documentado que el derecho de las mujeres se ve vulnerado en momentos de crisis políticas, que además afectan a su integridad física y mental. La pandemia de la covid-19, por lo tanto, ha aumentado el nivel de violencia obstétrica por la reducción y por las restricciones gubernamentales que limitaban el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Sobre este tema, Brandão (2022, 50) argumenta que “estas intervenciones violentas se manifiestan como un indicador del aumento de estrés postraumático en la etapa final del embarazo, parto y puerperio durante la pandemia por la covid-19”, incrementando las secuelas de este evento en la vida de las mujeres.

Este artículo tiene como objetivo documentar la violencia obstétrica no solo para aportar al ámbito médico-obstétrico, sino también al ámbito de las políticas públicas, ya que al definir y retratar a través de testimonios reales la violencia sufrida por las usuarias se puede crear una sensibilidad y una conciencia acerca de este tema que impulse el cambio social, empezando con acciones que denuncian, prevengan y disminuyan el problema. Asimismo, a través de la voz de las entrevistadas se pueden identificar cuáles son las situaciones que generan este tipo de problemas estructurales dentro del sistema de salud y algunas posibles soluciones identificadas por las informantes. Por ejemplo, qué necesitan las personas involucradas (personal médico y mujeres gestantes) para romper con el ciclo de violencia sistémica y cumplir con la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra Las Mujeres.

En Latinoamérica el término violencia obstétrica se añadió por primera vez en el ámbito legal en 2007 en el país de Venezuela (Ley 0/ 2017). Sin embargo, a pesar de que en el ámbito jurídico el país cuenta con las herramientas necesarias para sancionar la violencia obstétrica, se necesita divulgar la información respecto a esta para reconocer cuándo los derechos de las personas están siendo vulnerados y así poder denunciar los casos a las autoridades pertinentes. Por último, reforzamos la idea de que al realizar este tipo de trabajos experimentales e investigativos se puede visibilizar este tipo de temas tan delicados, así como incentivar su estudio y exploración.

A continuación, se discutirá la literatura relacionada con la violencia obstétrica y la importancia de ser visibilizada en Ecuador y América Latina. Se examinarán las diferentes estructuras de poder, incluyendo la religión, el conocimiento científico, así como las “normas establecidas” que juegan un rol en la perpetuación de la violencia. Luego se presenta la metodología empleada para recopilar la información mediante entrevistas y grupos focales, incluyendo detalles sobre la muestra y cómo se aplicaron los cuestionarios semiestructurados. Finalmente, se exponen los datos más relevantes recabados para este artículo y se presenta un análisis de los resultados.

Marco teórico

La violencia obstétrica ha llegado a ser normalizada en Latinoamérica, pues la mayoría de las mujeres que residen en la región la han sufrido en algún momento de sus vidas (Barbara 2019). Según la propia autora, gracias al esfuerzo realizado por algunas activistas, alrededor de 1990 comenzó la lucha más específica contra la violencia obstétrica en América Latina y también la tarea de divulgar prácticas positivas para el cuidado materno.

Sin embargo, este tipo de violencia ha sido invisibilizada a lo largo de la historia. Durante mucho tiempo la OMS se abstuvo de usar el término violencia obstétrica, dando a entender que se trataba de eventos de abusos de poder o de malos tratos (OMS 2018). Finalmente, en 2019 se nombra en el informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer y se incluye la violencia obstétrica como una vulneración de los derechos humanos (Dubravka 2019). No obstante, todavía, es un término en disputa y existen áreas del personal sanitario que han mostrado su descontento y rechazo al término. Gabriela Ramírez (2019) comenta que incluso en la academia fue bastante complicado para ella y para sus alumnas poder realizar un trabajo de investigación ya que varios académicos afirmaron que la violencia obstétrica era un invento y un problema inexistente.

En este sentido, la respuesta negativa por parte del personal de salud sugiere que las mujeres siguen siendo silenciadas y evidencia una disputa de poder existente en la profesión. García (2021, 47) subraya que “la medicina aparece como la profesión portadora de la verdad, sus profesionales serán los emisarios de estas, y por ello serán los encargados de definir qué es enfermedad y qué es salud, qué es lo normal y qué no”. En otras palabras, la estima que tiene la sociedad hacia el conocimiento médico influye en el impedimento de que las mujeres y madres sean tomadas en cuenta como protagonistas de su proceso de parto. Además, como plantea Castrillo (2016) hay una invisibilización de la violencia presente en las relaciones médico-paciente pues se ha normalizado una jerarquía sobre el poder y los saberes que uno tiene por sobre el otro.

Al mismo tiempo, hay que tomar en cuenta que existe una normalización en la apropiación del cuerpo de las mujeres en la institución de salud y en el personal médico. Da Silva Carvalho y Santana de Brito (2017) indican que a pesar de que hay varias prácticas que se consideran innecesarias y peligrosas, muchas veces el personal de salud las realiza sin pedir consentimiento, sin explicar todas las opciones que tiene la madre o incluso cuando es necesario, no se les proporciona una información detallada que les permita ser partícipe del proceso.

En efecto, la madre se vuelve un personaje secundario donde a pesar de ser la protagonista no tiene control o decisión sobre su cuerpo, por tal motivo la medicina a pesar de ser una ciencia importante debe ser vista siempre con mirada crítica y también debe ser cuestionada. Estas acciones llevan a incumplir con el Capítulo III –Derechos y deberes de las personas y del Estado– de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, en la cual se establece que los pacientes deben ser notificados de los procedimientos, medicinas, productos, personal responsable, entre otros detalles (Ley 67/2006). Adicionalmente, Lagarde (2012) menciona que

no pensemos que solo hay sexismo cuando hay violencia [de género] o cuando reconocemos esta violencia. No. El sexismo es parte del patriarcalismo de nuestro mundo: inunda las filosofías, las teorías científicas y las doctrinas religiosas más apreciadas y el sentido común, se difunde a través de las instituciones y los medios de comunicación, goza de consenso en grados diversos y permea la mayor parte de la vida cotidiana y de nuestras biografías. Se transmite y se ejerce cuerpo a cuerpo, persona a persona (Lagarde 2012, 26).

Al cuestionar el papel del Estado y de otros actores en relación con la medicina pretendemos recordar que los profesionales de la salud están presentes en el momento del parto para brindar asistencia, soporte y ayuda; además de para explicar los pro-

cedimientos médicos y lograr que las madres se sientan más seguras y tranquilas durante el proceso. De igual forma, consideramos que durante el parto las mujeres deberían participar en la toma de decisiones que cada mujer vive esta fase de diferente manera, algo que el personal médico debe recordar.

Hay que tomar en cuenta que, como en la mayoría de los países en la región, en Ecuador se siguen manteniendo tabúes acerca de la sexualidad y creencias sobre la maternidad, en las que parir con dolor se ha normalizado. Sobre eso es importante reconocer la influencia de la religión en la cultura local y cómo ésta ha ido construyendo el *habitus* de género (Bourdieu 2007) presente en todas las estructuras, instituciones y leyes vigentes. Existe entonces la perspectiva de que la mujer, especialmente la madre, debe ser abnegada y estar siempre disponible a cuidar de otros. Por esta razón, Brandão (2022) argumenta que el concepto de “maternar” que tenemos, especialmente en las sociedades occidentales, genera la idea de que las madres no deben quejarse de su dolor, pues el milagro de la vida es más importante que cualquier situación violenta que esté pasando en la sala de parto. O sea, la normalización del cuerpo de la mujer en los establecimientos de salud responde a una perpetuación del estigma social construido en las sociedades occidentales sobre ellas y sobre sus cuerpos.

Metodología

La metodología que se aplicó para la realización de este artículo es cualitativa y tenía como fin obtener la información necesaria para responder las siguientes preguntas: ¿cómo se entiende y cómo se experimenta la violencia obstétrica por parte de las mujeres en proceso de parto? y ¿cómo lo identifican los profesionales de salud? Para recopilar la información se aplicaron diez entrevistas semiestructuradas en profundidad y se llevaron a cabo dos grupos focales.¹ Las entrevistas abarcaron dos grupos: usuarias de servicios de salud obstétrica (cinco mujeres) y personal de salud (cinco profesionales de la salud). Cada grupo focal estuvo conformado por cuatro mujeres. En la muestra el contexto socioeconómico variaba entre clase trabajadora y clase media-alta y sus edades estaban entre los 22 y los 36 años. Cuatro de las cinco mujeres entrevistadas fueron madres solteras y solo dos de ellas contaban con un trabajo fijo. Las mujeres entrevistadas residían en Quito o en Santo Domingo de los Tsáchilas.

Se realizaron las entrevistas con el objetivo de profundizar y conocer de cerca las opiniones, experiencias y sentimientos de las personas que atravesaron este tipo de situaciones, pues la descripción detallada de estos hechos no puede ser contextualizada

1 Los nombres de las personas entrevistadas se han cambiado u omitido para proteger sus identidades.

a través de la recogida de datos cuantitativos. De igual forma, al recopilar información de esta manera se puede tener una mayor comprensión del problema y establecer soluciones específicas al mismo. Por tanto, la importancia de utilizar entrevistas se presenta “con el fin específico de que un individuo pueda expresar, al menos en una conversación, ciertas partes esenciales sobre sus referencias pasadas o presentes, así como sobre sus anticipaciones e intenciones futuras” (Peón 2013, 65). En otras palabras, para poder visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y establecer estrategias de erradicación de este tipo de violencia es importante la participación y noción que tienen las personas acerca de ella, principalmente las madres o mujeres que la experimentan diariamente en partos o que sufrieron abortos, como también la percepción del problema que tienen los profesionales de salud involucrados.

Cabe recalcar que para reclutar a las informantes se publicó el propósito de la investigación en redes sociales, así aquellas mujeres que habían tenido una experiencia obstétrica pudieron establecer contacto para una entrevista de manera voluntaria. En el caso del personal de salud, se estableció un contacto directo a través de conocidos que trabajen tanto en hospitales privados como en el sector público, lo que permitió obtener testimonios de cinco informantes. Las entrevistas se realizaron durante la pandemia por lo que todas fueron vía Zoom, pero se obtuvo el consentimiento informado y se aseguró la anonimidad en la publicación del estudio. Los datos recogidos fueron sistematizados en Excel para analizar los temas y discursos predominantes entre cada informante, tanto para las usuarias de los servicios médicos como para los y las profesionales de la salud.

También se conformaron dos grupos focales en los que participaron mujeres universitarias de 20 a 24 años que fueron contactadas a través de redes sociales. No todas las mujeres que participaron en los grupos focales son madres, pero tienen el deseo de serlo algún día y el propósito de conversar con ellas fue conocer su confianza en los sistemas médicos y sus opiniones sobre el parto. Por tal motivo se discutió y se intercambiaron ideas alrededor del parto y de los centros médicos que han visitado.

Como argumentan Escobar y Bonilla-Jiménez (2017), la importancia del grupo focal es brindar un espacio donde creencias, actitudes, emociones, experiencias y reacciones pueden surgir y ser compartidas entre los presentes. Las mujeres que formaron parte de los dos grupos focales pudieron compartir sus percepciones acerca de la violencia obstétrica y del servicio de salud, incluso hasta debatir, sobre procedimientos que se consideran normales, pero que en los últimos años ya se han ido debatiendo y criticando. De estas discusiones se identificaron aquellos factores y temas en común entre las mujeres en relación con los objetivos del estudio. Todo esto permitió que la investigación pueda contar con múltiples miradas y diferentes contextos.

Resultados

A pesar de que cada historia y vivencia es diferente, se identificaron seis factores en común: negligencia, violencia verbal, abuso del tacto, falta de acompañamiento durante el parto y las consecuencias a largo o corto plazo. De hecho, estos factores también son identificados en un reciente estudio realizado en Quito, en el que se reconoce un trato ofensivo y negligente por parte del personal sanitario en los centros de salud. Igualmente, se establece que esto da pie a situaciones de violencia psicológica y física, a falta de información sobre los procedimientos médicos, entre otros problemas (Brandão et al. 2018).

En este estudio también se pudo evidenciar que no solamente las mujeres gestantes son las más afectadas por las consecuencias de la violencia obstétrica, sino también el infante, ya que como lo expresa la especialista en perinatalidad Ibone Olza (Reguero 2021), el ambiente hospitalario es un factor importante a la hora del parto. Específicamente, la especialista hace alusión a la manera violenta en la que el bebé es traído al mundo, es decir, a la forma en la que es desprendido del vientre materno, el cual está fuertemente relacionado con “una forma de violencia machista cuyo abordaje está también pendiente: la violencia obstétrica” (Reguero 2021, párr. 4). Asimismo, se establece un entorno hostil al negarle al recién nacido su derecho de acompañamiento por parte de la madre o del padre, alterando el proceso natural de adaptación al nuevo ambiente.

Las mujeres entrevistadas para este artículo hablan de un tipo de violencia refiriéndose a un “descuido” o una negligencia, pues en las diferentes vivencias se puede observar cómo estas mujeres acuden a los centros médicos expresando dolor o malestar que el personal de salud no toma con la seriedad y rapidez necesaria. De hecho, María, de 23 años, contó que “no pensaron que fuera tan grave, entonces se demoraron demasiado en atenderme. Estaba muy dolorida y me dijeron que el doctor estaba ocupado y tenía que esperarlo, me dijeron que estos dolores eran normales” (entrevista a María, zoom, marzo 2022). El testimonio demuestra que a pesar de que ella sentía que algo iba mal los doctores no la escucharon, y debido a esto al día siguiente tuvo que entrar a emergencia por presentar una peritonitis, situación que puso en riesgo su vida y la de su bebé.

También hay casos donde las usuarias de servicios ya son admitidas dentro del centro de salud, pero no son atendidas de manera inmediata o con la rapidez que amerita el caso, presentándose una emergencia innecesaria o evitable pues cada segundo cuenta. Paula de 36 años comenta acerca de su experiencia en la sala de espera: “Estaba sangrando. Veía a una persona que se reía y conversaba y se sentaba. Resulta que era la doctora” (entrevista a Paula, zoom, marzo 2022). Otra entrevista-

tada relató que fue abandonada durante el trabajo de parto: “Ya llevaba 18 horas sin el líquido amniótico y había bastantes riesgos para mí y para la bebé, ya sentía la cabeza de la bebé y gritaba por ayuda, nadie venía” (entrevista a Lucia, zoom, marzo 2022).

La violencia obstétrica también ocurre durante casos de aborto (ya sean espontáneos o causados). Es importante mencionar que los abusos o la negligencia pueden ser incluso mayores cuando se trata de experiencias de aborto, pues se ignoran las necesidades de las mujeres discriminándolas o exponiéndoles innecesariamente. Nuestra entrevistada cuenta que a pesar de haber pasado varios días con restos de un aborto natural no le quisieron dar el pase a otra clínica para que pudiera realizarse el procedimiento quirúrgico correspondiente. “No me dieron papeles ni me ayudaron para el traslado. Ya llevaba 15 días con restos, fue traumático, me pusieron hasta mal la epidural” (entrevista a Martina, zoom, marzo 2022).

Otro factor que comparten todas las entrevistadas son los comentarios cargados de perjuicio o abuso verbal como insultos o palabras de menosprecio. Cabe destacar que, aunque estas expresiones no pasen al plano físico forman parte de una violencia psicológica que Pérez y Hernández (2009, 2) definen como una “forma encubierta de agresión y coerción, por lo poco observable y comprobable de sus secuelas, y, por tanto, su difícil detección, es cada vez más utilizada”. Al estar vulnerables y con dolor estas palabras sólo aumentaron su malestar psicológico y emocional. “Una pediatra me dijo que para qué abrí las piernas, y te hacen sentir súper mal porque estás sensible, y que venga el personal de salud a decirte cosas feas no ayuda” (entrevista a Lucia, zoom, marzo 2022). En consecuencia, se puede observar cómo casi todos los comentarios giran alrededor de la sexualidad femenina, desprestigiando a las mujeres en el momento de la culminación de este, que sería el parto.

Los testimonios también demostraron episodios de violencia en el ámbito de la atención obstétrica relacionados con la clase social y con la edad. Una enfermera expresó abiertamente su falta de empatía hacia las madres cuyos bebés estaban en cuidados intensivos.

Yo no sé qué hacen aquí ustedes, deberían irse a sus casas en vez de tener todo gratis, como a ustedes les dan todo gratis por eso van, tienen sexo y vuelven a venir. Al Estado le cuesta, cuando se podría dar ese dinero para otras cosas. Deberían cobrarles el parto y todo para que sepan lo que es (entrevista a Paula, zoom, marzo 2022).

Otra entrevistada manifestó que “operada dos veces, por el embarazo y la apendicitis. Cuando mi mamá me ayudó a ponerle el pañal a mi bebé, la enfermera nos gritó

y dijo que si estoy en cosas de grandes debo ser responsable” (entrevista a María, zoom, marzo 2022). Estas actitudes discriminatorias reflejan la falta de empatía y de respeto por las usuarias del sistema de salud. Además, las entrevistadas han señalado que durante a menudo el parto el personal médico ejerce su poder de manera abusiva y sin una comunicación adecuada.

Un ejemplo de ello es el tacto vaginal indiscriminado o de rutina, que Ballesteros, López y Martínez (2012) definen como un procedimiento que utiliza el personal médico de manera de asistencia a la mujer embarazada durante el periodo de dilatación. El problema es que se realiza sin previo aviso ni consentimiento informado, lo que hace sentir a las mujeres vulneradas y desprotegidas. En palabras de una de las entrevistadas, “me revisaban sin soltura, a veces no me decían ni siquiera nada y solo procedían a verme y a hacerme el tacto” (entrevista Lucía, zoom, marzo 2022). También tenemos el caso de Mariela de 34 años, que a pesar de ser profesional en medicina y de tener conocimiento en el tema, no fue escuchada. “Vino un posgradista y me hizo el tacto, le dije que no me lo haga y no me escuchó, me dijo que él sabía y que era necesario hacerlo y cuando lo hizo se rompió la fuente y mi bebé nació prematuramente” (entrevista a Mariela, zoom, marzo 2022). En la región ya se ha trabajado el concepto de humanización de las prácticas médicas para prevenir estos tipos de abusos de poder (Rios 2009), sin embargo, así como el concepto de violencia obstétrica, el de parto humanizado sigue siendo rechazado por muchos colectivos de los servicios de salud.

Como quinto y sexto factores resaltamos las consecuencias que todas las entrevistadas presentaron por la violencia sufrida, tanto a corto como a largo plazo, pues varias expresaron que, aunque hubieran querido ser madres otra vez, debido a las malas experiencias que sufrieron y a la falta de humanidad en los centros de salud, no desean pasar por nuevamente. “El trauma fue tanto que ya no quiero volver a tener más hijos, al menos en una maternidad pública, nunca más” (entrevista a Lucía, zoom, marzo 2022). Algunas quedaron con afecciones físicas como útero fisurado y problemas de espalda. Otras mamás sufrieron pérdidas mayores al no ser escuchadas: una de ellas tuvo que ver a su bebé en terapia intensiva por casi un mes, y otra que perdió a su bebé. Ambos casos estuvieron relacionados con procedimientos llevados a cabo por el personal de salud a pesar de que ellas pidieron que no los hicieran. Por último, hay que recalcar que la gran mayoría de entrevistadas tuvieron que pasar todo su proceso de parto o aborto solas, sin tener un apoyo emocional ni compañía necesaria.

Por otro lado, tenemos al personal de salud entrevistado entre los que se encuentran doctores, enfermeras, paramédicos e internos. Destacamos que en estas entrevistas fue difícil lograr que hablaran de violencia obstétrica como tal, sin embargo, sí identifican algunos problemas o cosas que necesitan para mejorar, y en algunos

casos comentarios o creencias que dejan relucir un tipo de violencia de una manera bastante sutil. En primer lugar, se reconoce que hay un cierto estigma hacia las prácticas ancestrales, pues como un entrevistado menciona “hay ignorancia a nivel médico. Antes los partos se daban en casa. Los conocimientos pasaban de generación a generación” (entrevista a médica 1, hospital público, zoom, marzo 2022). Esto se puede reflejar en el testimonio de otro entrevistado, el cual comentó que “en el centro médico de Otavalo hay la posibilidad de dar a luz de manera vertical, las mujeres indígenas son las que utilizan, pero ahí se desgarran más y toca coser más, pero como son vagas quieren que les den vacaciones” (entrevista a médica 3, hospital privado/público, zoom, marzo 2022).

De igual manera, un tema recurrente de todo el personal de salud entrevistado es que la infraestructura y la capacidad de los centros médicos es bastante limitada, reconociendo la violencia estructural o institucional que también sufren. De hecho, un entrevistado mencionó que “no hay una gran capacidad de pacientes, emergencia solo tiene espacio para 30 personas” (entrevista a interno 1, hospital público, zoom, marzo 2022). Por su parte, otro entrevistado dijo que si en un cuarto hay cinco mujeres listas para dar a luz, solo se tiene un equipo para todas. “No es que en el público no se da el mismo trato, sino que hay más pacientes, por lo que no es posible un trato personalizado” (entrevista a médico 2, hospital privado/público, zoom, marzo 2022).

Por esta razón es necesario realizar todos los procesos de forma más rápida, lo que lleva al uso de un medicamento llamado oxitocina o episiotomías que trae a los bebés al mundo de forma apresurada. En efecto, los doctores indican que “el parto por sí solo puede durar horas e incluso un día entero, es por eso que en los hospitales privados prefieren hacer cesáreas, el recurso del tiempo es lo más caro” (entrevista a médico 2, hospital privado/público, zoom, marzo 2022). Este mismo entrevistado señala también que “hay cosas que pueden ayudar para que den a luz más rápido. En el privado solo si la paciente permite” (entrevista a médico 2, hospital privado/público, zoom, marzo 2022).

Es interesante destacar que todos los entrevistados que forman parte del personal de salud expresaron que nunca se ha presentado un episodio de violencia obstétrica en sus prácticas. Sin embargo, todos confirmaron haber oído casos de compañeros que han presenciado este tipo de situaciones. También identificamos que los internos sí han presenciado malos tratos, pero nunca se han animado a decir nada por miedo, ya que ellos mismos expresan ser tratados mal por los doctores y que está la amenaza de no poder seguir asistiendo a las prácticas. Otro factor que vale la pena resaltar es que todos mencionaron el problema de los turnos largos, pues no es lo mismo tratar a una paciente a primera hora del día que en la madrugada, sin comer

y sin haber descansado lo suficiente. Según uno de los entrevistados “en la parte de paramédico se hace un turno completo. No se puede pegar una siestita, ni comer. La parte mental también afecta” (entrevista a paramédica 1, hospital público, zoom, marzo 2022). Adicionalmente, se puede observar cómo otro de los entrevistados muestra escepticismo hacia la violencia obstétrica, pues señala que “los comentarios pueden considerarse maltrato, pero no es violencia” (entrevista a médico 2, hospital privado/público, zoom, marzo 2022), ignorando lo que las palabras hirientes pueden hacer a una persona que está en una situación vulnerable.

Por otra parte, en el grupo focal realizado con estudiantes universitarias de entre 20 y 24 años se conversó sobre sus percepciones acerca del parto y de la violencia obstétrica. En este punto se identificó que existe una gran desconfianza en el sistema de salud pública, especialmente en temas relacionados con el control sobre el cuerpo y con la falta de voz y de decisión en determinadas circunstancias. Todas las mujeres que participaron en el grupo focal estuvieron de acuerdo en que prefieren endeudarse a tener que dar a luz en un centro público, pues compartieron diferentes historias de cómo familiares murieron por enfermedades sencillas de tratar, ya que les administraron medicina incorrecta o les suprimieron medicamento necesario para su tratamiento. Además, también concordaron en que en estos centros no se escuchaban sus deseos.

Por ejemplo, una madre de 24 años quiso ligarse (ligadura de trompas, método de esterilización femenina), pero al tener solo un hijo la petición fue negada. Según el testimonio de esta participante “no te dejan decidir por ningún lado, no te dejan abortar, no te dejan tener hijos, no te dejan decidir si ya no quieres tener más, o sea, no podemos tomar decisiones sin que haya algo arriba de nosotras que nos deje decidir” (entrevista a Carmen, Quito, Marzo 2022).

Al mismo tiempo, reconocen que la clase económica es un factor relevante pues aquellas que vienen de sectores sociales más bajos, con una educación religiosa donde se promueve tener los hijos que Dios manda, reciben críticas mucho más fuertes. Mientras que en las pacientes con mucha mayor adquisición económica los comentarios negativos suelen limitarse. No obstante, en todos los casos la voluntad de la mujer queda en última instancia, siempre es el médico, la pareja o el Estado los que deciden por las mujeres y por sus cuerpos.

Análisis y discusión

Con base en los datos recogidos se puede afirmar que existe una estructura de poder en la relación de médico-paciente, que es algo que Ramírez (2019) señala como un poder obstétrico que incluye los aspectos epistemológicos, la negación de la existen-

cia de la violencia obstétrica y la negación de los pedidos de las madres. En todos los casos se puede presenciar cómo la palabra del personal de salud es la que tiene más peso, incluso si las mujeres sienten que algo va mal, por lo que generalmente no son escuchadas o atendidas y sus preocupaciones se consideran exageraciones o les contestan que esas situaciones son algo normal dentro del parto.

Para Iglesias (2021), esto se debe a la deshumanización a la que se ven sometidas las mujeres, pues son colocadas solo como objeto de estudio y las metas de aprendizaje tienen más peso y valor siguiendo las dinámicas de poder de quien tiene el conocimiento y la razón, reflejado dentro de las relaciones médicas. Además, se puede apreciar que hay estructuras y jerarquías de poder dentro del sistema de salud, pues las personas en aprendizaje o auxiliares sufren también cierto maltrato que produce que no digan nada al presenciar actos de esta índole y esto puede llevar a una normalización de la violencia de género y a la negación de esta, lo cual provoca inevitablemente la invisibilización de la violencia obstétrica.

De igual manera, la forma en la que trabaja el personal médico es bastante cuestionable, ya que al no contar con la infraestructura o con los insumos suficientes se encuentran en un ambiente laboral de alto estrés en el que priman los turnos largos y eso es algo que debería tomarse en cuenta seriamente. De hecho, los entrevistados mencionan como la falta de sueño o descanso les genera malestar y menos capacidad de rendimiento. Por ello, para que los profesionales de la salud sean más empáticos y humanos necesitamos prácticas laborales más humanas, incluyendo turnos más cortos que permitan que los médicos, auxiliares y otros miembros del personal de salud no se desgasten.

Adicionalmente, al presentarse este tipo de situaciones con regularidad también se normaliza y se institucionaliza la violencia de género, demostrando una violencia sistémica. Martínez (2020) expresa que estos son procedimientos violentos normalizados, en este caso por las instituciones de salud, que pueden atribuirse a una sola persona sino a toda la sociedad y en este caso representado y perpetrado por toda una comunidad médica que ha contribuido a patologizar un procedimiento natural, especialmente en el sector público. La regularización de estas prácticas trae consecuencias negativas para las mujeres, incluso hasta antes del parto, pues como indica Morales (2020), la mala atención en los servicios médicos públicos puede hacer desistir a las madres de realizar sus chequeos y de cuidar el crecimiento del feto durante el embarazo. Al ser un servicio de primera línea este tipo de acciones violentas no se consideran solo una “mala atención”, sino que se catalogan como una violación de los derechos humanos.

Si las futuras madres no son regulares con sus chequeos pueden producir menos conocimientos e información acerca de cómo debe ser un buen proceso de parto

52

y qué pedidos pueden hacer durante este. Los chequeos son de gran importancia ya que no solo son necesarios para velar por la salud física de la madre y del bebé, sino también para aumentar el bienestar mental, pues en las consultas los doctores pueden informar a las madres de los procedimientos y de sus derechos como la libre posición o el contacto inmediato con su bebé. Siguiendo esta línea, Mantilla y Di Marco (2020) describen en su artículo cómo la planificación y la información durante los chequeos permitió a las madres tomar decisiones informadas, que es una herramienta importante por la cual las mujeres pueden ser las protagonistas del parto y apropiarse de sus cuerpos.

Otro dato a analizar es que existe una normalización de los comentarios indeseados realizados por parte del personal sanitario que refleja violencia verbal o psicológica, pues generan vergüenza en las mujeres y se las desprestigia por el acto sexual, ya sea por tabú, por religión o cultura y eso es una forma de discriminación que no permite acceder a un servicio de salud digno y humanitario. Es por ello que esto representa un problema que el Estado tiene que abordar. Iglesias (2021, 7) plantea que “la violencia institucional no solo incluye aquellas manifestaciones de violencia contra las mujeres en las que el Estado es directamente responsable por su acción u omisión, sino también los actos que muestran discriminación u obstáculo en el ejercicio y goce de los derechos”.

Si bien las mujeres admiten que lo que vivieron no tiene que pasar, no lo reconocen como violencia obstétrica, la cual está penada por la ley, sino que lo definen como un “mal trato”. Por eso es importante conocer la normativa en torno a este tema y nombrarlo tal como es para que se presente una mayor divulgación sobre medidas de protección y conocimiento de los lugares donde se puedan denunciar los casos de abuso.

En último lugar, se puede ver cómo en los diferentes niveles de la vida de las mujeres hay un control directo o indirecto sobre su cuerpo o su autonomía, empezando por el Estado y el servicio de salud como institución, pues las mujeres no pueden acceder a abortos libres, seguros y gratuitos. De igual forma, el derecho al cuerpo sigue siendo un tabú, no se les permite a las mujeres decidir si quieren ser madres o no, o cuándo. En el caso de la ligadura o del aborto, se presenta un impedimento estructural sobre su decisión. En la ligadura, por ejemplo, en muchos centros se requiere la autorización de la pareja y en caso de no tener hijos y de no tener una “maternidad cumplida” se niega. Aunque ambos casos son penados y en las normas y protocolos de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública (2010) se aclara que no es necesario el consentimiento de la pareja, se ha demostrado la inexistencia de la información correcta al respecto.

Esto no solo se puede apreciar en los casos expuestos, también Machado (2019) explica que cada vez son más las mujeres a las que los doctores les niegan la ligadura ya sea por cuestiones de edad o de estado civil. Es importante mencionar que en la región han existido crímenes alrededor de la esterilización forzada, un ejemplo lo encontramos la primera década del siglo XXI en Perú, donde se estima que se esterilizaron forzosamente alrededor de 200 000 mujeres indígenas (De la Cruz Huaman 2018).

Toda esta violencia se incrementa cuando se añaden variables de clase y etnia. En Latinoamérica se habla de la justicia reproductiva como un concepto que amplía el alcance de la violencia obstétrica cuando se complementa con la justicia social y con el derecho a una digna salud sexual y reproductiva. La idea de justicia reproductiva articula el derecho a una atención en salud que rompa con las inequidades de las mujeres en función de su condición socioeconómica, étnica, de nivel educativo o de lugar de residencia (Brandão y Martínez Pérez 2022). Por todo esto es importante generar conciencia y espacios de diálogo alrededor de la violencia obstétrica, pues sólo reconociéndola como tal se pueden tomar medidas de prevención, erradicación y concientización sobre esta forma de violencia de género.

Conclusiones

La presencia del machismo y el sexismo, latentes en las estructuras sociales y en las instituciones públicas, devela una violencia institucional y sistémica que actúa e impide que haya una igualdad de género efectiva sobre el derecho a la salud, pues las mujeres siguen siendo discriminadas y violentadas a la hora de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. En la investigación exploratoria en la que se basa este artículo se pudo observar la necesidad de una mayor concientización alrededor de la violencia obstétrica tanto para personas naturales como para los profesionales de la salud acerca de qué es, cuáles son las consecuencias a corto y largo plazo y el lugar donde se pueden denunciar estos actos. Para un futuro trabajo se espera ampliar las entrevistas y los grupos focales a diferentes grupos de la población ecuatoriana para profundizar en las interseccionalidades de este problema, pues aspectos como la clase, la edad, la educación o la etnia son variables importantes que influyen sobre la violencia obstétrica y su entendimiento.

Ante la pregunta “¿qué estrategias se pueden tomar en cuenta para la erradicación de la violencia obstétrica?”, planteamos la necesidad de indagar acerca de los chequeos que se realizan las mujeres durante el embarazo y sobre la información que reciben durante este periodo para examinar cuáles son las herramientas que pueden prevenir y cuáles son los factores que pueden facilitar la existencia de la

violencia obstétrica. Estos elementos pueden contribuir a la erradicación de la violencia en las instituciones de salud. Estas herramientas deben servir no solo para profesionales de la salud sino para las usuarias del sistema.

Siguiendo esta línea, la OMS (2016) recomienda para evitar la muerte de mujeres embarazadas y de bebés durante las primeras horas de vida, tener un mayor contacto con los doctores durante el embarazo —entre cuatro y ocho encuentros—. Ya que los datos indican que la mayor frecuencia de citas permite detectar y gestionar los problemas a tiempo y tener un desenlace positivo. De igual manera, el aumento de chequeos puede servir no solo para velar por la salud física de la madre y del bebé, sino también para aumentar el bienestar mental, pues en las consultas doctores y doctoras pueden informar a las madres sobre los procedimientos y sus derechos, como la libre posición o el contacto inmediato con su bebé. Para ello, consideramos imprescindible reforzar la capacitación del personal de salud a fin de que puedan ofrecer información segura y conveniente en cada caso. En este sentido recomendamos, siguiendo las investigaciones en curso sobre el tema, la inclusión de una formación específica en género a los futuros profesionales de la salud.

Finalmente, es importante que las autoridades políticas tomen cartas en el asunto y fortalezcan la normativa para que todas las mujeres, sin importar su estrato económico, etnia u orientación sexual, puedan acceder a un parto o aborto dignos. Reconocemos este tema como de suma importancia, ya que la violencia obstétrica es silenciosa y silenciada, no vista y generalmente no nombrada. La información, la prevención y la capacitación son algunas de las herramientas que pueden contribuir a su visibilidad y erradicación, así como la continua investigación sobre el tema.

Referencias

- Ballesteros, Carmen, María Dolores López y Concepción Martínez. 2012. “La exploración vaginal durante la asistencia del parto”. *Revista Científica de Enfermería* 4: 1-14. <https://doi.org/10.14198/recien.2012.04.05>
- Barbara, Vanesa. 2019. “¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica?”. *The New York Times*, 13 de marzo. <https://nyti.ms/3I30X6p>
- Bourdieu, Pierre. 2007. “Estructuras, habitus, prácticas”. En *El sentido práctico*, 85-106. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. <https://bit.ly/44Qruhd>
- Brandão, Thais. 2022. “Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema”. *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales* 10 (1): 42-57. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>

- Brandão, Thais, y Ana Martínez Pérez. 2022. “Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica.” *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (34): 1-13. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>
- Brandão, Thais, Sofia Cañadas, Alejandro Galvis, María Moreno de los Ríos, Margriet Meijer y Kirsten Falcon. 2018. “Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador”. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia* 143 (1): 84-88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Castriello, Belén. 2016. “Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 24: 43-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Da Silva Carvalho, Isaiane, y Rosineide Santana de Brito. 2017. “Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal”. *Enfermería Global* 16 (3): 71-97. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- De la Cruz Huaman, Rosario. 2018. “Análisis de las esterilizaciones forzadas en el Perú desde una perspectiva de interculturalidad crítica”. *Revista Tierra Nuestra* 12 (1): 105-117. <https://doi.org/10.21704/rtn.v12i1.1272>
- Escobar, Jazmine, y Francly Bonilla-Jiménez. 2017. “Grupos focales: una guía conceptual y metodológica”. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 9 (1): 51-67. <https://bit.ly/42PMrH8>
- García, Eva. 2021. *Partos arrebatados: la violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*. Madrid: Ménades Editorial.
- Iglesias, Emilia de los Ángeles. 2021. “Percepción de la violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso”. *Perfiles Latinoamericanos* 30 (1): 1-23. <https://bit.ly/41wafPt>
- Lagarde, Marcela. 2012. *El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías*. Ciudad de México: Instituto de las Mujeres. <https://bit.ly/3ppRKP8>
- Ley 0/2018. Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra Las Mujeres. Registro Oficial Suplemento 175, 5 de febrero. <https://bit.ly/2ly3cYi>
- Ley 0/2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Registro Oficial Suplemento 38668, 23 de abril, Caracas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Ley 67/2006. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre. <https://bit.ly/3O5KdPQ>
- Machado, Jonathan. 2019. “‘Necesita autorización de su esposo’: el prejuicio y el machismo condicionan el acceso a métodos anticonceptivos definitivos”. *Primitias*, 22 de mayo. <https://bit.ly/3Bk3zJC>
- Mantilla, Jimena María, y Hernán Di Marco. 2020. “Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un

- parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 35: 260-282. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.13.a>
- Martínez, Ana, ed. 2020. *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica*. Quito: Universidad de las Américas.
- Medina Armijos, Lissette. 2021. “Violencia obstétrica en embarazadas atendidas en centros de salud pública”. Examen complejo, Universidad Técnica de Machala. <https://bit.ly/3MjUCpH>
- Ministerio de Salud Pública. 2010. “Norma y protocolo de planificación familiar”, 25 de agosto. <https://bit.ly/44WoAHY>
- Morales, María. 2020. “Nivel de conocimiento del personal de salud del servicio de patología obstétrica sobre violencia obstétrica en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito”. Tesis de maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes. <https://bit.ly/3BpFgcZ>
- ONU (Naciones Unidas). 2022. “Eliminar las barreras”, <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/csw61/remove-the-barriers>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2015. “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”, 14 de abril. <https://bit.ly/42qTV3C>
- 2016. “La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado”, 7 de noviembre. <https://bit.ly/3VYMpuD>
- 2017. “Salud y derechos humanos”, 10 de diciembre. <https://bit.ly/2RoII89>
- 2018. “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”. <https://bit.ly/2HCXL2E>
- Ortiz-Prado, Esteban, Tamara Acosta Castillo, Mauricio Olmedo-López, Luciana Armijos, Darío Ramírez y Ana Lucía Iturralde. 2017. “Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between the public and private health systems”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 41: 1-7. <https://bit.ly/42s9cBl>
- Peón, Fortino. 2013. “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”. En *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Tarrés, 63-92. Ciudad de México: FLACSO México. <https://bit.ly/3nSaXsm>
- Pérez Martínez, Víctor, y Yadira Hernández Marín. 2009. “La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25 (2): 1-7. <https://bit.ly/42LUHIn>
- Ramírez, Gabriela. 2019. “Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en costa rica”. En *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo*, coordinado por Montserrat Sagot y David Díaz, 569-590. Buenos Aires: CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvtwxw1wh.31>

- Reguero, Patricia. 2021. “Violencia contra bebés, la violencia que no se nombra”. *El Salto*, 11 de mayo. <https://bit.ly/44ROexc>
- Rios, Izabel. 2009. “Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33 (2): 253-261. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>
- Sadler, Michelle, Gonzalo Leiva e Ibone Olza. 2020. “COVID-19 as a risk factor for obstetric violence”. *Sexual and Reproductive Health Matters* 28 (1): 46-48. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Simonovic, Dubravka. 2019. “A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence”. *Naciones Unidas Biblioteca Digital*. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>

Entrevistas

- Entrevista a interno 1, hospital público, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a Lucia, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a María, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a Mariela, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a Martina, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a médica 1, hospital público, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a médica 3, hospital privado/público, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a médico 2, hospital privado/público, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a paramédica 1, hospital público, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a Paula, Zoom, Marzo 2022
- Entrevista a Carmen, Quito, Marzo 2022