



TESIS DOCTORAL

***Expropiación y cautiverio: Tensiones y
resistencias en la práctica médica frente al aborto
en Ecuador***

Autora:

Ana Lucía Martínez Abarca

Directores:

Ana Mercedes Martínez Pérez

Juan Guillermo Figueroa Perea

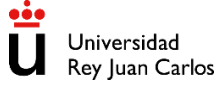
Tutora:

María Carmen Gallardo Pino

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Escuela Internacional de Doctorado

2023



Expropiación y
cautiverio: Tensiones y
resistencias en la
práctica médica frente al
aborto en Ecuador

Ana Lucía Martínez
Abarca

AGRADECIMIENTOS

Cuando con Ana Mercedes nos planteamos iniciar este camino, mi hijo menor Juan Martín tenía poco menos de un año, estaba lactando y yo sentía aun en mi cuerpo el paso maravilloso de el que sería el último de mis embarazos. La maternidad en todas sus formas transforma de forma permanente e irreversible los cuerpos y las vidas de las mujeres, es trágica cuando el cuerpo se rompe para dar al paso a la vida nueva, maravillosa cuando nos descubrimos poderosas al enfrentar todos los días los cambios, dolores y emociones que nunca son los mismos. Es una batalla permanente donde el cuerpo pelea consigo mismo y de la que no se vuelve. Nos preguntábamos entonces, cómo es posible que no existan las condiciones necesarias para que las maternidades sean libres, autónomas, deseadas y que los derechos de las mujeres no sigan siendo negociados al mejor postor, cuando la moneda de cambio sigue siendo los cuerpos. En ese momento empezó la gestación y construcción de este trabajo que considero como una hija maravillosa que ha sido concebida, como mis tres hijos previos, en la profunda rebeldía, compromiso y pelea permanente conmigo misma y con mi mundo. Esta hija concentra en cada fragmento, pasos de un camino que inicié sin saberlo a través de las enseñanzas de mi Madre y Mi Aidita, ambas son mi herencia feminista y amorosa, la que me puso en el camino de la medicina como herramienta de transformación social y servicio. Gracias Lupita, porque soy lo que tú has construido desde el profundo amor, por ser mi tronco y raíz.

Como mujer, médica y feminista, los agradecimientos a las maestras y ancestras de la vida es infinito y profundo, a Marcela Lagarde por el título de esta tesis, por acompañarme en el descubrimiento de los Cautiverios, como un paso más a romperlos. A mis pacientes, a las niñas, adolescentes y mujeres que me han enseñado a ser mejor persona y profesional, a mis estudiantes de la universidad, con quienes renuevo diariamente el compromiso y responsabilidad de empoderarlas para que transformen el mundo. A mi hija Isabella, por venir desde mis sueños y jalarme siempre a su lado para verla florecer. A Rodrigo, mi compañero, porque sé que amarme es un reto feminista del que sales airoso siempre, porque amarte es la disidencia más hermosa que la vida me puso, porque no me dejas nunca rendirme, porque me empujas y sostienes, a Gastón porque sigue siendo quien me acompaña en las jornadas de escritura, me pregunta y cuestiona, me mantiene conectada a su mundo que es el nuestro.

Finalmente, quiero agradecer profundamente a Ana y Juan Guillermo, sin ustedes, su paciencia cariñosa, la confianza inquebrantable en mí, por empujarme siempre, por creer en mi voz y darle un espacio cobijado por su inmensa sabiduría y generosidad, por no dejarme caer nunca, porque nunca me sentí sola en el trabajo, por estar, por creer.

AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradezco al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en especial a Lolita Valladares, por creer este trabajo, la confianza y acompañamiento, que fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación en el marco de un proceso importante en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres del Ecuador. Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por permitirme participar como experta durante el proceso de construcción del proyecto de ley, por generar espacios de debate y transformación para los profesionales de la medicina, por reconocer la importancia de los derechos humanos y género como enfoques determinantes en la calidad de la salud de las mujeres de nuestro país.

DEDICATORIA

*Para Rodrigo, Isabella, Gastón,
Juan Martín y Lupita, por el amor
incondicional, sostén y empuje.
Para las niñas, adolescentes y
mujeres ecuatorianas, con todo
mi amor siempre.*

ÍNDICE

ÍNDICE	8
<i>ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS</i>	<i>10</i>
RESÚMEN	12
1 INTRODUCCIÓN	13
1.1 <i>SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL ECUADOR</i>	<i>20</i>
1.2 <i>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>31</i>
1.3 <i>OBJETIVO GENERAL:</i>	<i>32</i>
1.4 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>32</i>
2 MARCO TEÓRICO	37
2.1 <i>GLOSARIO DE TÉRMINOS</i>	<i>37</i>
2.2 <i>LA REGULACIÓN DE LOS CUERPOS Y EL PODER MÉDICO</i>	<i>46</i>
2.3 <i>CONSTRUCCIONES MÉDICAS SOBRE EL CUERPO FEMENINO</i>	<i>54</i>
2.4 <i>EL CAUTIVERIO DEL BIPODER Y LA GOBERNANZA REPRODUCTIVA</i>	<i>59</i>
2.5 <i>CAPTIVITAS MEDICA</i>	<i>71</i>
2.6 <i>DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: INTERSECCIONES Y DEBATES EN LA SALUD REPRODUCTIVA.</i>	<i>81</i>

2.7	<i>HABITUS MÉDICO EN LA REGULACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y REPRODUCCION</i>	83
3	CONTEXTO: EL MODELO BIOMÉDICO Y LA SALUD DE LAS MUJERES	88
3.1	<i>MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN ECUADOR: UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO Y LA SOCIOLOGIA MEDICA</i>	90
3.2	<i>LA CUESTION DE LA MUJER EN LA MEDICINA: EDUCACIÓN MÉDICA, GÉNERO Y DERECHOS EN LA SALUD DE LAS MUJERES</i>	97
3.3	<i>EL DEBATE DEL ABORTO EN LA MEDICINA: ETICA DEL CUIDADO VS EL ENFOQUE DE DERECHOS Y GÉNERO EN SALUD</i>	104
4	METODOLOGÍA	119
4.1	<i>CÓMO NACIO ESTA INVESTIGACIÓN</i>	128
4.2	<i>TRABAJO DE CAMPO EN PANDEMIA</i>	130
4.3	<i>DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS</i>	133
4.4	<i>REPLANTEANDO EL TRABAJO DE CAMPO</i>	136
4.5	<i>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: INVESTIGACIÓN BASADA EN NARRATIVAS.</i>	138
4.6	<i>LIMITACIONES</i>	139
4.7	<i>INSTITUCIONES QUE RESULTAN DEL MAPEO DE PERSONAS EXPERTAS</i>	145
4.8	<i>ANÁLISIS DE LOS DATOS</i>	148
4.9	<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	153
5	RESULTADOS Y DISCUSION	155

NARRATIVAS MÉDICAS EN TORNO AL GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS. _____	160
5.1 ABORTO EN CASOS DE VIOLACION: EL DEBATE DEL 2021 _____	168
5.2 ACOMPAÑAMIENTO TECNICO AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: IMAGINARIOS MÉDICOS Y RESISTENCIAS _____	179
5.3 ANÁLISIS DE LOS PÁNELES DE PERSONAS EXPERTAS MINISTERIO DE SALUD PUBLICA _____	192
5.4 ANÁLISIS DE LOS GRUPOS FOCALES MEDICOS RESIDENTES POSTGRADO GINECOLOGIA/OBSTETRICIA _____	195
6 CONCLUSIONES _____	206
7 BIBLIOGRAFIA _____	217

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1 Sistemas de Regulación del Aborto en el Mundo	22
Figura 2 Línea de Tiempo Situación del Aborto en Ecuador	24
Figura 3 Marco Conceptual Gobernanza Reproductiva	64
Figura 4 Historia de los Derechos de las Mujeres	70
Figura 5 Determinantes de la Relación Médico-Paciente	74
Figura 6 Atención en Salud Patogenizante	79
Figura 7 Dimensiones del Modelo Médico Hegemónico	92

Figura 8 Limitaciones de la Investigación.....	140
Figura 9 Triada Regulatoria del Aborto.....	174
Figura 10 Hoja de Ruta Mesa Interinstitucional de Salud	181
Figura 11 Preguntas Personal de Salud. Mesas de Expertos	194
Tabla 1 Los Feminismos y sus posturas ante la salud.....	66
Tabla 2 Los modelos de Szasz-Hollender de la relación médico Paciente.....	79
Tabla 3 Plan de Trabajo	133
Tabla 4 Diseño de los Instrumentos	135
Tabla 5 Narrativas Profesionales de la Salud.....	142
Tabla 6 Ficha Metodológica Mapeo de Personas Expertas.....	144
Tabla 7 Agenda Grupos Focales.....	146
Tabla 8 Panel de Personas Expertas Ministerio d Salud Pública del Ecuador.....	148

RESÚMEN

Los debates recientes en Ecuador sobre la ampliación de los causales de legalidad del aborto y la construcción del proyecto de ley de Interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación generaron discusiones en diferentes espacios como el académico, social, religioso, político y científico, las mismas que se desarrollaron dentro y fuera de la Asamblea Nacional a lo largo del proceso legislativo que tuvo lugar durante el 2021 y parte del 2022. En el debate sanitario, los argumentos predominantes se mantuvieron entre posturas conservadoras que promueven la ética del cuidado y la santidad de la vida (Sánchez, 2021), oponiéndose a la participación de profesionales ejerciendo el derecho a la objeción de conciencia, versus la garantía de los derechos sexuales y reproductivos la ética feminista y la evidencia científica que sustenta y respalda la protección de las niñas, adolescentes y mujeres frente a la violencia sexual y la garantía de derechos humanos especialmente los sexuales y reproductivos.

1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo representa no solamente el desarrollo de una investigación que nació con el estudio del género y que como médica, docente y feminista, tiene una especial trascendencia en el Ecuador, en un momento donde la salud pública y la medicina están llamadas a incorporar nuevos enfoques que permitan alcanzar los objetivos de mejoramiento de la calidad de vida, bienestar y garantía de derechos humanos.

La relación clínica es uno de los elementos más estudiados por la sociología médica, su estructura social y las dinámicas de biopoder y jerarquía aún encierran múltiples elementos estructurales de prácticas sociales, culturales e históricas que trascienden a las percepciones, supuestos e imaginarios sobre varias dimensiones de lo que entendemos por salud y que se han transformado por ejemplo a partir del concepto de determinación social en salud, calidad de vida y derechos humanos; conceptos que han impactado la práctica médica y científica, así como también el habitus ciudadano de usuarios y pacientes.

Gracias al enfoque sociológico, es posible mirar a la práctica clínica como un fenómeno social, cuyos componentes están determinados por los contextos culturales e históricos, las aproximaciones incluyen críticas al rol de los profesionales, las obligaciones de los pacientes, situando a cada uno en un extremo claramente definido:

“En cada acción médica siempre hay dos personas involucradas, el médico y el paciente...La historia de la medicina, por ende, no puede limitarse a la historia de la ciencia, las instituciones o personajes de la medicina, sino que debe de incluir la historia del paciente dentro de la sociedad, la del médico y la historia de las relaciones entre el médico y el paciente”(Bloom & Robert, 1996).

Las críticas a la relación entre los profesionales y los pacientes aparecen tan temprano como en la década de los años treinta a partir de investigaciones como las de Lawrence Henderson en 1937 o Talcott Parsons en 1951, quienes proponen las primeras descripciones de un modelo de relación terapéutica, que depende de las condiciones culturales, los roles y expectativas sociales, donde no sólo se reconoce como una relación basada en el ejercicio asimétrico del poder y la autoridad pero que además se establece como un componente indispensable para la transformación de la salud de las personas, dicho modelo aterriza en las discusiones de transformación epistemológica de la epidemiología y salud pública en el Ecuador, cuando Jaime Breilh en 1975 propone el modelo de determinación social como nuevo paradigma en la salud pública:

“...el paradigma de la determinación social se sitúa en el espectro político más cercano a la interfase del materialismo crítico, la economía y la ecología políticas en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Por consiguiente, se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y finalmente del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital –nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social (Breilh, 2013).

Es decir que, desde una nueva mirada de la salud pública, a través de la determinación social en la epidemiología crítica, los enfoques de género y derechos humanos, por ejemplo, constituyen herramientas adicionales que fortalecen el posicionamiento sobre la necesidad de nuevos paradigmas en la salud pública cuyo principal objetivo es cuestionar y transformar los modelos hegemónicos en salud que se rehúsan a desaparecer. Por lo tanto, hablar desde el género, los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de los debates sobre el aborto, implica también cuestionar el contexto epistemológico de la salud pública ecuatoriana donde la práctica médica, la ética profesional y la cultura sanitaria, interseccionan de forma permanente.

A partir de los aportes de Joan Scott (Scott, 1996) el género como categoría de análisis aplicado a la relación terapéutica, permite una nueva interpretación de las interacciones clínicas, sociales y conductuales propias de la práctica profesional en la medicina y en relación directa con las mujeres cuando asumen el rol de pacientes especialmente en lo que a la salud sexual y reproductiva se refiere. Este análisis es fundamental para este trabajo, y constituye uno de los principales aportes ya que al situarlo en la relación clínica y cuando las mujeres son pacientes, los cuerpos, la sexualidad y la reproducción se mantienen como territorios en disputa. De acuerdo con Carme Valls, el poder médico hegemónico opera al servicio del patriarcado a través de la expropiación y fragmentación de los cuerpos de las mujeres incidiendo directamente en su salud:

“...las tres reglas del patriarcado escriben sobre los cuerpos femeninos, a veces dolorosamente, las estructuras de su poder: la naturalización de la diferencia sexual según sus estereotipos, la fragmentación de la experiencia y el cuerpo y la conversión en objeto. Los cuerpos femeninos están tan fragmentados que ellas no reconocen sus propios síntomas, si no que acuden a diferentes especialistas de forma espontánea pensando que cada dolor de una parte de su cuerpo se ha producido de forma diferente”(Valls-Llobet, 2020)

En las relaciones clínicas, naturalmente asimétricas, las mujeres permanecen invisibles frente a las decisiones sobre su salud en general y sus cuerpos en particular. La medicina como parte de las instituciones sociales arquetípicas, forma parte de la construcción de la subjetividad femenina basada en la en el control. En el caso de la sexualidad y la reproducción, por ejemplo, la ciencia médica legitima las estructuras de poder que se encargan de reafirmar la condición de inferioridad que sitúa a las mujeres por debajo de la garantía y acceso a derechos y la posibilidad elemental de decidir sobre sus cuerpos y su vida.(Valls-Llobet, 2020)

El espacio de atención clínica y la gestión de la salud de las mujeres, constituye una de las principales formas de vulneración de derechos y profundización de desigualdades, por lo que no basta con reconocer que los modelos de relación clínica son desiguales en términos del ejercicio del poder, la naturalización de la asimetría no sólo que desconoce la situación de las mujeres en términos de su salud, la invisibiliza.

“...los papeles del profesional que trata y de su cliente deben ser mutuamente entendidos y gratificados, para nada quiere decir que los médicos y los pacientes sean iguales en la situación terapéutica. Dentro de la naturaleza del caso, se considera que debe ser promovido algún cambio significativo en el comportamiento del paciente para su completo estado de salud. Puesto que la persona calificada trata de alterar a la no calificada, los miembros no pueden ser más iguales que como lo son el padre y el hijo o el maestro y el alumno: para inducir el cambio, el agente que brinda ayuda debe de tener poder, que es generado por las circunstancias en conjunto: el prestigio profesional y la autoridad situacional del agente de salud y la dependencia situacional del paciente” (Bloom & Robert, 1996).

En el modelo médico paternalista tradicional, tanto el médico como el paciente tienen roles definidos en lo que se construye como una relación basada en el poder que se ejerce desde los profesionales y la obediencia que se espera desde los pacientes. Por lo tanto, la formación de los profesionales contempla la construcción de un imaginario de autoridad incuestionable y absoluta, frente a un paciente sumiso que se considera incapaz de autonomía o libertad para decidir sobre su cuerpo, salud y vida.

“Actualmente en el campo de la salud, el dominio médico es una característica del poder profesional y de la superioridad de quien ejerce la medicina en relación con otras ocupaciones. Este dominio es un conjunto de estrategias que requieren un control sobre otros grupos profesionales afines, sobre la situación laboral (relación médico-paciente) y una relativa autonomía profesional. Este dominio involucró distintas formas de dominio: subordinación, limitación y exclusión...” (Vetere, 2006).

Desde la mirada ética y en el análisis de la salud sexual y reproductiva, uno de los resultados es un modelo que incluye dos posibles caminos, definidos por la

forma como se valoran las acciones y la forma como se actúa en base a una situación específica, cada uno incide en la construcción de prácticas o hábitos médicos que, de acuerdo con Marta Lamas pueden ser deontológicos o teleológicos. Si el camino es deontológico, la valoración de las conductas de las personas sólo puede ser buena o mala, una dicotomía estricta, que no admite matices y donde la obediencia a lo socialmente establecido constituye el principal valor moral; por otro lado, si la alternativa es más bien teleológica, se abre a la posibilidad de rangos o categorías, matices que permiten valorar a las acciones como no del todo buenas o malas y que dependen de los contextos, intenciones y situaciones de cada individuo, resultando en conductas basadas en la conciencia de cada persona (Lamas, 1996)

Estas implicaciones conductuales fueron analizadas por Thomas Szasz y Marc Hollender en 1956, quienes desarrollaron un modelo que resume las distintas dinámicas de la relación clínica basado en el rol del médico, el papel del paciente y las características de las conductas ya sean activas, pasivas o mixtas y constituye una referencia importante para el análisis que profundizaremos más adelante.

La medicina como institución y sistema de control y regulación social se mantiene como uno de los espacios de mayor resistencia a las conquistas de los movimientos de mujeres en temas de género y derechos humanos. El reconocimiento de los derechos sexuales, el acceso a anticoncepción de emergencia, o el aborto, son solo algunos de los ejemplos de demandas sociales que se transforman en leyes que finalmente son repesadas en los consultorios médicos sujetas a la voluntad moral de las y los profesionales:

“Las relaciones de género han tenido un papel muy importante en la construcción histórica del conocimiento y la práctica médica. No sólo se ha construido una ciencia sobre la salud y el cuerpo profundamente androcéntrica. Sino que también, como resultado de procesos de exclusión/segregación de las mujeres y de la asignación de valores de género a las actividades y especialidades sanitarias, se han configurado unas formas de organización y unas identidades profesionales sexuadas” (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

Mirar la salud desde el nuevo enfoque de género, nos pone frente a la posibilidad de visibilizar la situación histórica de las mujeres en relación con la gestión de sus cuerpos en la toma de decisiones sobre su salud, reproducción y sexualidad, mostrando cómo y por qué cada uno de estos fenómenos está atravesado por relaciones de poder y desigualdad, como una de principales características del patriarcado y su operación en las ciencias médicas y de la salud (Serret, 2008).

El enfoque de género llevado al terreno de la salud permite develar los debates históricos sobre la gestión y administración de los cuerpos de las mujeres por terceros, la imposibilidad de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y su vida, lo que determina la reafirmación de roles de género tradicionalmente patriarcales, como es el caso de la maternidad y el cuidado.

“Frente a esta realidad, la perspectiva de género no pretende erigir a la reflexión feminista en una teoría. Funciona en cambio a manera de una perspectiva crítica que devela un problema siempre presente, aunque siempre ocultado. Emprende así una labor exegética que recupera ciertas lógicas y supuestos teóricos desde una clave feminista: que desconfía de los diagnósticos usuales, patentes o implícitos, sobre la situación de la mujer y que re-diagnostica las relaciones entre los géneros, partiendo del dato de que son relaciones de poder” (Serret, 2008).

Los debates recientes en Ecuador sobre la ampliación de los causales de legalidad del aborto y la construcción del proyecto de ley de Interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación generaron discusiones en diferentes espacios como el académico, social, religioso, político y científico, las mismas que se desarrollaron dentro y fuera de la Asamblea Nacional a lo largo del proceso legislativo que tuvo lugar durante el 2021 y parte del 2022. En el debate sanitario, los argumentos predominantes se mantuvieron entre posturas conservadoras que promueven la ética del cuidado y la santidad de la vida, oponiéndose a la participación de profesionales ejerciendo el derecho a la objeción de conciencia, versus la garantía de los derechos sexuales y reproductivos la ética feminista y la evidencia científica que sustenta y respalda la protección de las niñas, adolescentes y mujeres frente a la violencia sexual y la garantía de derechos humanos especialmente los sexuales y reproductivos.

1.1 SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL ECUADOR

El debate sobre el aborto tiene una larga historia en Ecuador y América Latina; para empezar, es importante aclarar que a lo largo de esta investigación hablaremos de Aborto e Interrupción voluntaria del embarazo a partir de las definiciones planteadas por las Guías médicas internacionales de la Organización Mundial de la Salud, así como los conceptos establecidos por Organismos no Gubernamentales y de Derechos humanos cuyo trabajo se enfoca en la garantía y protección de derechos sexuales y reproductivos. Si bien es posible encontrar que el aborto e interrupción voluntaria del embarazo se utilizan de forma indistinta

en la literatura existente, existen diferencias importantes en la aplicabilidad y contexto de cada concepto que vale la pena conocer.

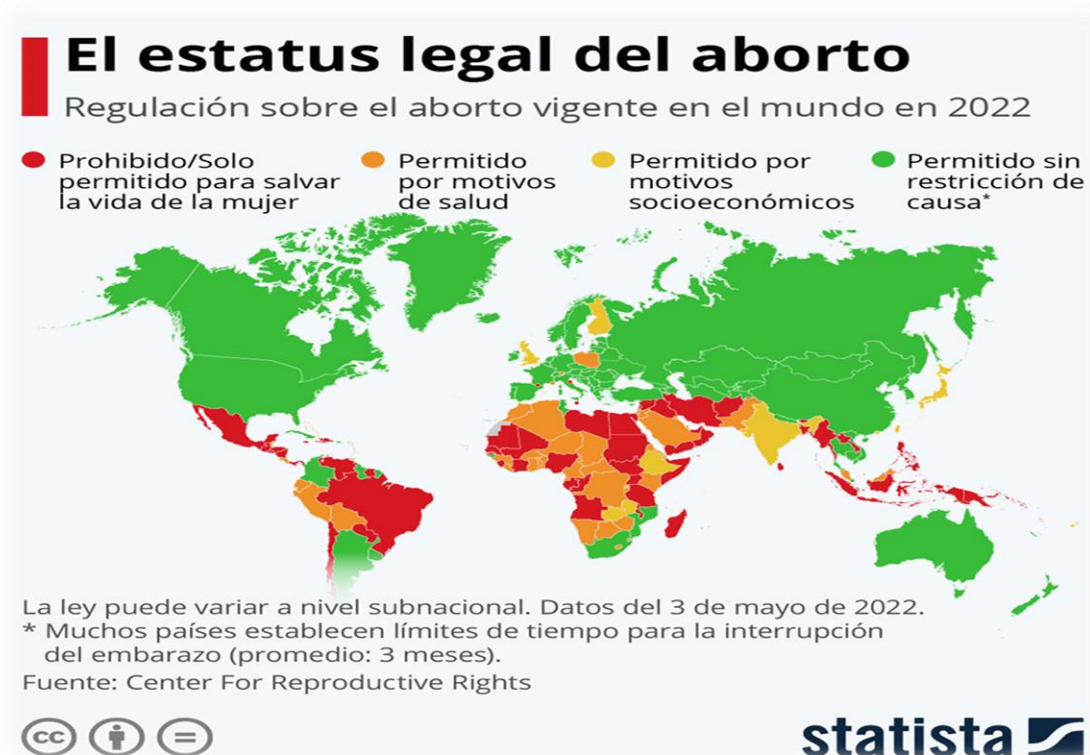
En una revisión desarrollada por Adriana Gonzalez en la Universidad de Bucaramanga en Colombia en el 2022 (González Quitián et al., 2021) donde se analiza las barreras con relación a las legislaciones favorables a la interrupción voluntaria del embarazo y que garantizan el acceso al aborto en condiciones seguras para las mujeres en la región. A lo largo del documento es posible identificar que Aborto se utiliza cuando se hace referencia a las definiciones médico-técnicas propuestas por la Organización Mundial de la Salud, y que también se pueden encontrar como parte del documento de propuesta de glosario para la discusión sobre el tema de despenalización del aborto en Chile en el 2014:

“La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno (ver Viabilidad fetal). Después de la viabilidad, la interrupción del embarazo se considera inducción de parto prematuro. Si la intención es la eliminación del feto se considera aborto tardío (late-term abortion). Aborto en sentido jurídico es toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo impidiendo que llegue al término natural, con destrucción o muerte del producto” (Astete A et al., 2014).

Por otro lado, **la interrupción voluntaria del embarazo** se utiliza como un término que hace referencia a los procesos de construcción legislativa y jurídica que regula el acceso al aborto seguro y se basa en la garantía de los derechos reproductivos y el principio de la autonomía de las mujeres a una maternidad deseada y servicios de salud sexual y reproductiva (Martínez Abarca 2021). Por lo cual, al referirnos al aborto, incluye las distintas variantes médicas existentes

en las guías de la Organización Mundial de la Salud, y cuando hablemos de Interrupción voluntaria del embarazo se refiere a los proyectos de ley y legislación vigente frente al acceso al aborto. Para complementar la descripción de la situación del Aborto, es importante hablar de los sistemas de legalidad que existen a nivel mundial y cómo se regula en el Ecuador, de tal forma que sea posible situarnos en la realidad frente al debate en los últimos años, para posteriormente concentrarnos en el caso ecuatoriano.

Figura 1 Sistemas de Regulación del Aborto en el Mundo



Fuente: (*El Estatus Legal Del Aborto*, n.d.)

A continuación presento una línea de tiempo sobre la situación del aborto en el Ecuador, basada en la investigación desarrollada por la historiadora Ana María

Goetschel sobre la historia del aborto en la primera mitad del siglo XIX (Goetschel, 2021), donde vemos que el aborto se incluye como un tema judicial en el Código Penal de 1938, donde aparecen los conceptos de aborto terapéutico y eugenésico, que se mantienen sin cambios hasta la actualidad, podemos ver también que los procesos importantes de reforma toman especial fuerza cuando la participación de los movimientos de mujeres es cada vez más significativa llegando a ser determinante especialmente en 2019, 2021 hasta la actualidad. Sin embargo, también es posible identificar el rol de los gobiernos, todos con una postura conservadora frente a las demandas de las mujeres, desde Rafael Correa, pasando por Lenin Moreno, hasta llegar a Guillermo Lasso en la actualidad (Goetschel, 2021).

Figura 2 Línea de Tiempo Situación del Aborto en Ecuador



Fuente: Goetschel AM. Historias de rebelión y castigo. El aborto en Ecuador en la primera mitad del sigloXX. Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador. Elaboración propia

El 28 de abril de 2021, la Corte Constitucional del Ecuador dictó la Sentencia No. 34-19- IN/21 Y ACUMULADOS, que establece la despenalización del aborto en casos de violación para todas las mujeres del Ecuador y garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en el sistema nacional de Salud.

Esta sentencia marca un hito en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador y a su vez genera un nuevo debate sobre la autonomía de las mujeres respecto a la maternidad, el rol significativo de la institución médica como agente político, moral y técnico en la construcción e implementación de la política pública y el resurgimiento del papel de la iglesia católica en la opinión pública a lo largo del debate legislativo.

Desde el inicio del debate, el discurso médico se vio fragmentado entre el reconocimiento del derecho a la autonomía de las sobrevivientes de violencia sexual frente a la decisión de continuar o no con un embarazo producto de violación, el desconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos, promoviendo maternidades forzadas y la reproducción de violencias sistémicas y estructurales, especialmente en el caso de niñas, adolescentes y mujeres en situación de vulnerabilidad.

En el terreno de los derechos, para las mujeres se mantiene como uno de los principales espacios en disputa frente a la reivindicación de la condición fundamental de ciudadanía. Desde la mirada puramente biologicista de la idea del cuerpo social, los roles de género para las mujeres parten desde los supuestos de la reproducción como función primordial del cuerpo biológico femenino, la maternidad y el cuidado desde el cuerpo social en los roles de género y en último lugar el cuerpo expropiado y cosificado al servicio de la sexualidad de otros (Valls-Llobet, 2009). Desde esta construcción permanente de ciudadanía efectiva para las mujeres, en el campo de la salud, el enfoque de derechos

humanos especialmente de los derechos sexuales y reproductivos parece no concretarse como un espacio de justicia social(Nussbaum, 1999). Si bien el derecho a la salud es uno de los principales elementos normativos en la constitución, el debate sobre el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos se mantiene por fuera de los debates legislativos y de política pública en salud lo que se traduce en la institucionalización de la vulneración de derechos para las niñas, adolescentes y mujeres en relación con la garantía del derecho a la salud.

“... Definimos el terreno de los derechos reproductivos y sexuales en términos del poder y de recursos: poder para tomar decisiones de manera segura y efectiva. Este terreno necesariamente supone algunas nociones básicas como “Integridad corporal o “control sobre nuestro propio cuerpo”. Sin embargo, también supone relaciones de uno con los propios hijos, con las parejas sexuales, con los miembros de la familia, con la comunidad, con los proveedores de atención para la salud y con la sociedad en general; es decir el cuerpo existe en universo mediado socialmente...” (Correa & Petchesky, 2001).

En Ecuador, las discusiones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres aparecen en torno a los primeros intentos de política pública en salud sexual y reproductiva y es donde se producen las primeras tensiones con el sistema médico en el país. A pesar de la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos en la reforma constitucional de 1998, y el reconocimiento de las mujeres como sujetas autónomas en la toma de decisiones sobre sus cuerpos, los cambios sobre las construcciones e imaginarios sobre la maternidad y el rol de cuidado ampliamente cuestionados por los movimientos feministas, las resistencias sociales frente a la autonomía y el ejercicio de los derechos

fundamentales de las mujeres profundizan las barreras en el acceso a sistemas de salud y el ejercicio del derecho a la salud (Goetschel et al., 2020).

En los primeros debates legislativos sobre la implementación del aborto en casos de violación, el debate social sobre los derechos sexuales y reproductivos recayó, por un lado, en las voces de los movimientos feministas y de mujeres frente al derecho a la autonomía y garantía del derecho a la salud, frente a los discursos de los movimientos opositores al derecho a decidir y a una vida sin violencia sexual ni maternidades forzadas. Si bien el debate se ha mantenido activo desde hace varios años, el punto más álgido se desarrolló al final de la segunda vuelta electoral donde fue evidente que la agenda feminista y de las mujeres se mantiene como moneda de intercambio político y negociación por lo que, a pesar de que existe capital jurídico que promueve los derechos de las mujeres, su aplicación sigue dependiendo de voluntades políticas que nunca están alineadas con nuestras necesidades (Goetschel et al., 2020).

En relación con el aborto, los debates y reflexiones opuestas en el Ecuador están marcados por argumentos machistas y misóginos que reafirman el rol reproductivo de las mujeres como un mandato social en el marco de una condición inferior de ciudadanía, puesto que delimitan de forma permanente los derechos a modo de cuentagotas:

“...no se protege a la mujer, como titular de derechos, se protege a la mujer-madre. Los discursos tenían como argumentos recurrentes el control y la represión del ejercicio de la sexualidad de las mujeres y su posibilidad de elección” (Goetschel et al., 2020).

En el proceso del diseño metodológico a lo largo de este trabajo, mantengo la sensación de haberme embarcado en una disidencia permanente con las tradiciones de mi profesión, en las múltiples conversaciones que rodearon a este trabajo, acordamos que sin duda había elegido el camino más difícil. Si bien las aproximaciones sociológicas a la medicina han abierto una gran cantidad de espacios de análisis de la medicina y su cultura, en gran medida las y los médicos, sus prácticas y subjetividades no se consideran prioritarias para la investigación médica, como si Hipócrates y Galeno extendido una capa protectora, la capa es transparente, podemos ver las bases de la cultura, sus imaginarios, los supuestos que rodean este sistema, pero resulta impenetrable.

En los múltiples debates sobre la violencia obstétrica o los abusos a estudiantes de medicina durante la formación, aterrizábamos siempre en la misma pregunta, ¿Por qué no cambia el sistema? ¿La respuesta? Porque se cuestiona el qué y el cómo, seguimos pensando que la salud pública, las políticas y los derechos funcionan por fuera de las y los médicos, que somos operadores inconscientes de una fuerza ancestral que nos posee y se traduce en la reproducción de la tradición médica clásica, los dignos herederos; poco o nada hemos cuestionado el *quién*.

El mismo hecho de cuestionarme desde el género la historia de la medicina, los supuestos éticos que circulan en los textos, protocolos y documentos médicos que constituyen el corpus médico independientemente de donde y cuando se estudie medicina, fueron marcando un camino atravesado por encuentros y

desencuentros con mi profesión y mi filosofía feminista, que han marcado mi ejercicio profesional, docente, así como mi activismo feminista y de género.

Como médica, mi paso por la residencia de Ginecología y Obstetricia fue clave en el descubrimiento del género, los derechos humanos y la bioética médica, descubrirlos desde la ausencia y la violencia de un sistema que deforma a las y los médicos es uno de los procesos más importantes en mi carrera profesional y crecimiento humano. Durante mis seis meses de residencia, las prácticas del violentas hacia las pacientes y hacia el personal de salud inmerso en un sistema jerárquico propio de la profesión se presentaron claramente como la expresión de la construcción de un habitus médico(Castro, 2014) basado en prácticas, percepciones y supuestos que se instruyen de forma temprana y a lo largo de la educación médica y durante la práctica asistencial, naturalizándose en cada nueva generación como parte del ADN profesional. Con la publicación del nuevo código penal, la criminalización del aborto marcó un antes y un después en mi vida como mujer y médica, cuando el sistema se volcaría contra lo que como médica prometí proteger, la violencia institucional tomaría un nuevo camino, cuando médicos y médicas deberíamos denunciar a nuestras pacientes si presentaban indicios de haberse provocado un aborto, esto sumado a la negativa de atención, maltrato durante los procedimientos y falta al deber de cuidado y secreto profesional. Es aquí donde mi camino de cuestionamiento y lucha por la transformación de la medicina da inicio, fue creciendo en mis estudios de género y se fortalece a través de este trabajo de investigación.

A lo largo de mi experiencia como docente en la formación de profesionales de la salud en el área de bioética tuve la oportunidad de colaborar como experta en temas de género, salud sexual y violencia en el proceso de abogacía para la implementación del proyecto de ley de despenalización del aborto en casos de violación en Ecuador, desarrollando actividades de abogacía con colectivos y gremios de profesionales médicos, así como también participando como experta a lo largo del debate legislativo previo a la aprobación del proyecto de ley. Durante este trabajo fue posible identificar tensiones permanentes entre las percepciones médicas, prácticas e imaginarios con relación a los derechos sexuales y reproductivos, principios bioéticos en el marco de la garantía del derecho a la salud de las mujeres en el Ecuador.

En el camino de esta investigación, mi primer cuestionamiento al modelo médico hegemónico en lo que respecta a la salud de las mujeres se orienta hacia la institucionalización de los elementos patriarcales que construyen a la mujer siempre desde la inferioridad en relación con los hombres y que en la medicina devienen en un modelo médico androcéntrico (Castro & Bronfman, 1998). La operación de estos elementos junto con la identificación de tensiones en el cumplimiento de los principios bioéticos y en el marco de los derechos humanos, son espacios de análisis fundamentales para el desarrollo de este trabajo, por lo que me he planteado las siguientes preguntas de investigación:

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las percepciones de las y los médicos frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador?
2. Cómo operan las principales resistencias de las y los médicos frente a las políticas públicas basadas en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en torno al aborto en Ecuador?
3. ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad para reconstruir el discurso médico desde la transversalización de los enfoques de género y derechos humanos en salud sexual y reproductiva en la educación médica?

A partir del análisis de las narrativas de las y los médicos con relación a la salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes y mujeres en Ecuador, durante el debate sobre la implementación de la despenalización del aborto en casos de violación, me propongo analizar desde el enfoque de género cómo las y los médicos perciben los derechos de las mujeres cuando se trata de salud enfocada a la sexualidad, reproducción y la aplicación de los principios bioéticos como la autonomía y no maleficencia, en medio del debate en torno al aborto en casos de violación y su incidencia en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Avanzaremos hacia el análisis de los procesos de formación médica que reproducen el modelo médico hegemónico en el Ecuador que opera como herramienta de poder y disciplinamiento opuesta a la garantía del derecho a la salud; y que se basa en relaciones asimétricas de poder anulando el derecho y la libertad para decidir sobre sus cuerpos.

Para el desarrollo de esta investigación, me he planteado los siguientes objetivos:

1.3 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la transversalización del enfoque de género y derechos humanos en el discurso médico hegemónico con relación al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en torno al aborto en el Ecuador.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar en las narrativas de los profesionales de la medicina los supuestos e imaginarios sobre el género y los derechos sexuales y reproductivos.
2. Analizar desde el enfoque de género, derechos humanos y bioética feminista, los supuestos de las y los médicos frente a los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres de Ecuador y en relación con el debate que busca garantizar el acceso al aborto en casos de violación en Ecuador.
3. Comprender las tensiones y posicionamientos de los profesionales de salud frente a la transversalización del enfoque de género, derechos humanos y bioética feminista en el acceso al aborto en Ecuador. desde la interseccionalidad y la determinación social de la salud sexual y reproductiva, las tensiones entre las narrativas médicas y la

transversalización de los enfoques de género y derechos humanos frente al acceso al aborto por violación en Ecuador.

Sin duda uno de los grandes descubrimientos de mi paso por la maestría de género, fue la riqueza de la investigación cualitativa en el campo de la salud y la medicina. No sólo porque desde el género, la ciencia es uno de los campos de mayor cuestionamiento, particularmente la medicina, si no cuando uno de los debates centrales se mantiene sobre el sexo, la biología, las construcciones sobre la salud y la enfermedad, la teoría de la determinación social de la salud y su relación con la historia y la cultura vista desde las desigualdades que impactan la salud y calidad de vida de las mujeres (Castro & Bronfman, 1998). En el camino de esta investigación, los encuentros y desencuentros con la medicina y las nuevas perspectivas que atraviesan los debates en salud, derechos humanos y bioética, me llevan, como mujer, médica y feminista a replantearme constantemente mi profesión desde la transversalización epistemológica y ética del género como un nuevo paradigma en la salud y por ende en la educación médica en el Ecuador así como a nivel mundial, donde el llamado es a cuestionar es statu quo del modelo médico hegemónico. Es así como en esta investigación propongo tres ejes de análisis que me acompañarán en este camino de crecimiento, de construcción y aprendizaje.

Eje #1 Género y Derechos Humanos en la educación médica: Este eje contempla el acercamiento de las y los estudiantes de medicina con los temas relacionados al género y los derechos humanos, como parte de su formación

universitaria, ya sea en el pregrado, medicatura rural o residencia en programas de post grado. Incluye el análisis de los temas de las diferencias entre sexo/género y los debates sobre derechos humanos (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos). Se relaciona con el cumplimiento del segundo objetivo específico.

Eje #2 Género y Derechos Humanos en la relación clínica: En este eje temático, las preguntas motivadoras buscan identificar percepciones sobre el enfoque de género y derechos humanos en la construcción de la relación clínica con las pacientes. Las narrativas y supuestos que componen esta dinámica en la relación con las pacientes y cómo se percibe por parte de médicos dedicados a la docencia y de médicos que se encuentran en proceso de formación. Guarda relación con el tercer objetivo específico.

Eje #3 Determinación social en salud e Interseccionalidades de género, derechos humanos y bioética: En este eje, buscamos identificar las tensiones y resistencias frente al aborto como un problema de salud pública que debe mirarse desde la determinación social y la epidemiología crítica, como un nuevo paradigma de análisis de la salud públicas y los modelos de relacionamiento clínico, vistos desde el género y los derechos humanos. Destacamos la pertinencia de la transversalización de estos enfoques en las políticas públicas en salud que benefician a las niñas, adolescentes y mujeres, fundamentalmente en los planes de educación médica.

A continuación, se describe un mapa del presente documento a modo de resumen del contenido de los apartados siguientes, con la finalidad de dar a conocer los contenidos que lo conforman:

APARTADO 1

Destinado al Marco teórico analizo a partir de autoras médicas y feministas, la relación de las mujeres con la medicina, la construcción y disciplinamiento del cuerpo femenino en la ciencia médica y el ejercicio del biopoder en la regulación de la sexualidad y la reproducción al servicio del sistema patriarcal.

APARTADO 2

En este apartado analizo el modelo médico hegemónico en el Ecuador, y la educación médica como uno de los principales elementos constituyentes del mismo. A través de la caracterización del modelo y sus particularidades en Ecuador, es posible establecer una relación entre las construcciones, supuestos y percepciones médicas en relación con la salud sexual y reproductiva en general y el aborto en particular.

APARTADO 3

Dedicado a la metodología, en este apartado se detalla la estrategia de recolección de información, el planteamiento general del problema, los objetivos

y preguntas de investigación planteados para esta investigación y el método de sistematización y análisis de la información

APARTADO 4

Dedicado al análisis de los resultados producto de las narrativas recolectadas y que se enmarcan en el análisis del proyecto de ley de interrupción del embarazo en casos de violación. Las percepciones y supuestos de las y los profesionales vistas desde la mirada de género y sociología médica nos sitúan en la aplicación del modelo hegemónico médico en Ecuador desde la formación de las y los profesionales de salud, en relación con la salud sexual y reproductiva desde el enfoque de género, bioética y derechos humanos

APARTADO 5

Conclusiones

2 MARCO TEÓRICO

2.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aborto: El aborto se refiere a la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el feto sea capaz de sobrevivir de manera independiente fuera del útero. Puede ocurrir de forma espontánea, también conocido como aborto espontáneo, o de manera inducida, mediante intervención médica o métodos no médicos.(Astete A et al., 2014)

Aborto por violación: Se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo que se realiza cuando el embarazo es resultado de una violación sexual. Reconoce el impacto físico, emocional y psicológico que la violación tiene sobre la persona gestante y la posibilidad de que el embarazo no deseado pueda ser una carga adicional en esta situación traumática.(Astete A et al., 2014)

Biopoder: Mecanismo de poder que se enfoca en regular y controlar la vida de los individuos y las poblaciones en términos de su salud, sexualidad, reproducción y otros aspectos relacionados con la vida biológica y social. El biopoder se ejerce a través de instituciones, prácticas y discursos que buscan normalizar y disciplinar los cuerpos y las conductas en función de criterios establecidos por el poder. Adicionalmente, implica una forma de gobierno que se preocupa por la vida de los individuos y las poblaciones, pero no solo en el sentido de protegerla o promoverla, sino también en el sentido de regularla y controlarla. Este mecanismo

de poder opera a través de diferentes técnicas, como la medicalización, la vigilancia, la estadística y la biopolítica (Foucault, 2011).

Derechos Sexuales y Reproductivos: Conjunto de derechos humanos fundamentales relacionados con la autonomía, la integridad y la dignidad de todas las personas, sin importar su género, orientación sexual o estado civil, en relación con su vida sexual y reproductiva. Se incluyen: Estos derechos incluyen, entre otros, el derecho a:

1. La igualdad y no discriminación en todas las dimensiones de la sexualidad y la reproducción.
2. La información y educación sexual integral accesible, precisa y basada en evidencia científica.
3. La salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad, atención prenatal, parto seguro y atención posparto.
4. La autonomía y la toma de decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la anticoncepción y el aborto seguro y legal.
5. La prevención y atención de la violencia de género, incluyendo la violencia sexual y la mutilación genital femenina.
6. El derecho a la libertad sexual.
7. El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo.
8. El derecho a la privacidad sexual.

9. El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual).
10. El derecho al placer sexual.
11. El derecho a la expresión sexual emocional.
12. El derecho a la libre asociación sexual.
13. El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables.
14. El derecho a la información basada en conocimiento científico, sin censura religiosa o política.
15. El derecho a la educación sexual general.
16. El derecho a la atención clínica de la salud sexual.
17. La participación significativa en la formulación de políticas y programas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Declaración Universal de Derechos Sexuales, 1997; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Determinación social de la salud: Conjunto de condiciones y factores sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en la salud de las personas y las poblaciones. Estos determinantes sociales de la salud van más allá de los factores biológicos e individuales, reconociendo que la salud está profundamente moldeada por el entorno en el que las personas viven, trabajan y se desarrollan. La determinación social de la salud busca comprender y abordar las raíces estructurales de las inequidades en salud, promoviendo políticas y acciones que busquen eliminar las barreras y desigualdades sociales que afectan el bienestar de las personas. Esto implica la necesidad de intervenciones que vayan más allá

del ámbito puramente biomédico, abordando aspectos como la pobreza, la educación, el acceso a servicios de salud, la vivienda, el empleo y otros factores sociales relevantes (Breilh, 2013).

Disciplinamiento: Proceso social mediante el cual se ejerce control y se moldea el comportamiento de las personas, especialmente en relación con las normas, expectativas y roles establecidos por una sociedad o institución. Implica el uso de prácticas, técnicas y mecanismos de control que buscan regular, vigilar y normatizar el comportamiento de los individuos para asegurar la conformidad y el cumplimiento de las normas establecidas (Sojo, 2019).

Ética feminista: Enfoque ético que se centra en la equidad de género y en la crítica y transformación de las estructuras de poder y las normas sociales que perpetúan la opresión y la desigualdad basadas en el género. Este enfoque reconoce las experiencias y perspectivas de las mujeres, así como de otros grupos marginados, y busca desafiar y superar los patrones de discriminación, injusticia y violencia basados en el género. La ética feminista se preocupa por la construcción de una sociedad más justa e inclusiva, en la cual se valoren y se respeten los derechos y la dignidad de todas las personas, independientemente de su género (Sherwin, 1992, 1996, 2014a).

Ética del cuidado: Enfoque ético que pone énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales, la atención hacia los demás y la responsabilidad de cuidar y ser cuidado. Se basa en la idea de que el cuidado es una actividad moral fundamental que involucra no solo la provisión de necesidades físicas, sino

también la atención emocional, la empatía y la preocupación por el bienestar de los demás. La ética del cuidado reconoce la interdependencia de los seres humanos y busca superar el enfoque individualista tradicional de la ética. Además, destaca la importancia de la voz y la perspectiva de quienes históricamente han sido asignados a roles de cuidadores, como las mujeres. Se centra en la valoración de las relaciones de cuidado, la reciprocidad y la promoción del bienestar y la justicia social a través del cuidado (Sherwin, 1992, 1996, 2014a).

Gobernanza Reproductiva: Enfoque analítico y crítico que examina las relaciones de poder, control y regulación en torno a la reproducción y la salud sexual y reproductiva. Se centra en las estructuras y procesos sociales, políticos y culturales que influyen en la toma de decisiones y el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas.

Este marco conceptual busca visibilizar las dinámicas de poder, desigualdad y violencia que pueden existir en la gobernanza reproductiva, desafiando las estructuras dominantes y las prácticas violentas que limitan el ejercicio de la autonomía y los derechos de las personas en relación con su propia reproducción.

La gobernanza reproductiva se preocupa por analizar y cuestionar las políticas, normativas, discursos y prácticas que influyen en la salud y los derechos reproductivos de las personas, especialmente aquellos que son marginalizados o discriminados en función de su género, clase social, etnia u otras dimensiones de la identidad. Este enfoque teórico también busca promover una visión inclusiva y

basada en los derechos humanos, reconociendo la importancia de garantizar el acceso igualitario a servicios de salud sexual y reproductiva, el respeto a la autonomía y la diversidad de experiencias y decisiones reproductivas.(Belfrage, 2022)

Habitus: Conjunto de disposiciones incorporadas y estructuradas que resultan de la interacción entre la estructura social y la experiencia individual. El habitus es un principio generativo de prácticas y percepciones que guían las acciones y las elecciones de los individuos de manera no consciente. Se adquiere a través de la socialización y la experiencia en un determinado contexto social. Está formado por esquemas mentales internalizados, valores, creencias y formas de comportamiento que se ajustan y reflejan la estructura social en la que se desarrolla un individuo. Estos esquemas y disposiciones se vuelven "segunda naturaleza" para los individuos, influyendo en su manera de percibir, pensar y actuar en el mundo, no es una determinación rígida, sino que permite cierto grado de agencia individual dentro de los límites y las posibilidades que la estructura social ofrece. Además, se reproduce y se transforma a través de la práctica social, ya que las acciones y las experiencias individuales retroalimentan y reajustan las disposiciones incorporadas.(Bourdieu, 2007)

Habitus médico: Conjunto de disposiciones, valores, conocimientos y prácticas que caracterizan la forma en que los profesionales de la medicina perciben, comprenden y actúan en su entorno laboral. Es el resultado de la socialización y la formación profesional en el campo de la medicina, y se manifiesta en las

actitudes, las decisiones clínicas, los enfoques terapéuticos y las interacciones con los pacientes y otros profesionales de la salud. Implica una forma particular de ver y abordar la salud y la enfermedad, que está influenciada por factores como la formación académica, la cultura profesional, las normas y valores institucionales, así como las dinámicas sociales y económicas que operan en el campo de la medicina. (Castro, 2014)

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): Término utilizado para referirse a la decisión consciente y voluntaria de una persona gestante de poner fin a su embarazo. Implica la intervención médica o el uso de métodos seguros para interrumpir el desarrollo del feto y finalizar el embarazo. (Astete A et al., 2014)

Modelo Médico Hegemónico: Se refiere a un enfoque dominante o predominante en la práctica médica y en la organización de los sistemas de salud. Este modelo se caracteriza por los siguientes elementos:

- **Biologicismo:** Centrado principalmente en los aspectos biológicos y biomédicos de la enfermedad y la salud. Pone un énfasis desproporcionado en la patología y en el tratamiento basado en intervenciones médicas y farmacológicas.
- **Autoridad médica:** En este modelo, los médicos son considerados como la máxima autoridad en la toma de decisiones sobre la salud y la enfermedad. Se les otorga un poder y una influencia significativos en la relación médico-paciente, y se espera que tomen decisiones unilaterales sobre el diagnóstico y el tratamiento.

- **Enfoque curativo:** El Modelo Médico Hegemónico se centra en la curación de las enfermedades existentes y en la búsqueda de soluciones médicas específicas para los síntomas o trastornos. Se presta menos atención a la prevención, la promoción de la salud y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.
- **Individualización:** Este modelo tiende a enfocarse en el individuo como unidad de análisis, poniendo menos énfasis en los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la salud. Se suele descuidar el contexto social y la interacción entre los determinantes de la salud, lo que puede limitar una comprensión más amplia de las causas y las soluciones de los problemas de salud.(E. Menéndez, 2020; E. L. Menéndez, 1998)

Objeción de conciencia: Se refiere al derecho que tienen los profesionales de la salud a no participar en la realización de un aborto o cualquier otro procedimiento médico con el cual tengan objeciones éticas, religiosas o morales. Se reconoce como una garantía de la libertad de conciencia y permite que los profesionales de la salud se abstengan de participar en prácticas que consideran moralmente conflictivas, siempre y cuando se asegure el acceso a la atención médica y se proteja la salud y los derechos de las personas gestantes.

Paternalismo Médico: se refiere a una actitud o enfoque en la relación médico-paciente en la cual el médico toma decisiones y acciones sobre el cuidado y tratamiento del paciente sin su consentimiento o sin tener en cuenta sus preferencias individuales. En este enfoque, el médico asume el papel de una

figura autoritaria y protectora, creyendo que sabe lo que es mejor para el paciente y actuando en consecuencia, incluso si eso significa ignorar o restringir la autonomía del paciente.(Sánchez, 2021)

Relación médico-paciente: Interacción y colaboración entre un profesional de la salud y un individuo que busca atención médica. Esta relación implica una comunicación abierta y empática, en la cual el médico y el paciente establecen un vínculo basado en la confianza, el respeto y la colaboración mutua. El médico asume el rol de proveedor de cuidado y experto en salud, mientras que el paciente asume el rol de receptor de cuidado y participante activo en su proceso de atención. El médico brinda información, evalúa la condición del paciente, realiza diagnósticos y propone tratamientos, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades del paciente. Además, implica un enfoque humanístico y centrado en la persona, considerando no solo los aspectos físicos de la salud, sino también los emocionales, sociales y culturales. (Ruiz, 2017)

Salud Sexual y Reproductiva: Estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que las personas tienen la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la libertad de decidir si quieren o no tener hijos, cuándo y con qué frecuencia, y la capacidad de llevar a cabo embarazos y partos sin riesgos y criar a los hijos de manera saludable.(Organización Panamericana de la Salud, 2021)

Sistemas de Regulación del Aborto: Los sistemas de regulación del aborto se refieren al conjunto de leyes, políticas y normativas que establecen las condiciones, limitaciones y procedimientos legales para la interrupción voluntaria del embarazo. Estos sistemas varían en gran medida según el país y la jurisdicción, reflejando diferentes enfoques éticos, morales, culturales y políticos hacia el aborto.

- Sistema restrictivo: Este tipo de sistema impone limitaciones estrictas sobre el acceso al aborto. Puede prohibir completamente el aborto, excepto en casos extremadamente limitados, o permitirlo solo en circunstancias específicas, como cuando hay riesgo para la vida de la mujer o en casos de violación o malformaciones graves.
- Sistema de plazos: En este sistema, se establece un límite temporal dentro del cual se permite la interrupción voluntaria del embarazo. El aborto solo es legal dentro de un período determinado de gestación, generalmente en las primeras semanas o trimestres del embarazo.
- Sistema de indicaciones/causales: Este sistema permite el aborto en ciertas situaciones específicas que se consideran justificadas, como riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformaciones fetales graves, violación o incesto.
- Sistema de disponibilidad amplia: En este sistema, se permite el acceso al aborto sin restricciones más allá de los requerimientos de atención médica general, como la voluntad de la mujer y la opinión médica. (Organización Panamericana de la Salud, 2018; Organización Panamericana de la Salud., 2019; World Health Organization, 2022)

2.2 LA REGULACIÓN DE LOS CUERPOS Y EL PODER MÉDICO

En este apartado me propongo analizar el control médico que se ejerce en los cuerpos de las mujeres, especialmente en relación con la sexualidad y la reproducción. El poder ejercido desde el conocimiento científico en la medicina

androcéntrica transforma los cuerpos femeninos en objetos, los anula y desaparece hasta reconstruirlos sumisos, disciplinados y de acuerdo con los textos clásicos médicos como nocivos y diabólicos. La medicina desde sus inicios y hasta la actualidad opera al servicio del sistema patriarcal, evidente en la construcción de los cuerpos femeninos como espacios de control y reafirmación del rol reproductivos al servicio de la sociedad y la sexualidad como instrumento de placer de otros.

“El patriarcado es uno de los espacios históricos del poder masculino que encuentra su asiento en las más diversas formaciones sociales y se conforma por varios ejes de relaciones sociales y contenidos culturales.”(Lagarde y de los Ríos, 2011)

La realidad de las mujeres en cualquier ámbito de sus vidas pasa inevitablemente desde, a través y hacia sus cuerpos. Cuando nos referimos al poder, el modelaje y distorsión del cuerpo femenino en relación con la sexualidad y la reproducción, la disputa por el control de los cuerpos de las mujeres cobra un sentido mucho más amplio y profundo (Benlloch- Martínez, 2003). Para entender el concepto de *disciplinamiento* y por qué resulta transversal en este trabajo al revisar la construcción de este, surge la convergencia e intersección de autores como Foucault, Bourdieu, Lagarde y Butler, los dos primeros desde las dinámicas sociales y del poder que estructuran los comportamientos y las dos segundas, desde las lecturas feministas y del género en relación con la situación de las mujeres. Blanca Sojo, investigadora de la Universidad de Costa Rica, en uno de sus trabajos sobre el control social de los cuerpos de las mujeres en 2019, realiza

una revisión sobre los diferentes elementos que convergen en el concepto de *disciplinamiento* y que amplían el análisis en la relación del efecto modelador del poder sobre los cuerpos:

Al tratar el disciplinamiento corporal, resulta necesario introducir el tema del poder, porque según la literatura, el poder se ejerce sobre el cuerpo. Según Caamaño y Rangel (2002) "...el poder proviene desde abajo; está inducido en el cuerpo y producido en cada interacción social" (p. 81), y confirman que "el cuerpo se vuelve un locus de control privilegiado, el lugar de dominio a través del cual se pretende lograr la docilidad y constituir la subjetividad" (p. 81). En esta misma línea temática, Bourdieu (2000) explica cómo el poder se ejerce directamente sobre los cuerpos "como arte de magia al margen de cualquier coacción física" (p. 54). Por otra parte, para Foucault (2008) el poder no es una institución, dominación de un grupo sobre otro o control ejercido por oposición, sino una serie de relaciones, mecanismos y estrategias que prescinden de la violencia. Considera que el cuerpo está inmerso en relaciones de poder y que el sometimiento del cuerpo no se obtiene solo mediante la violencia, sino que puede ser muy sutil; esto para lograr cuerpos dóciles, es decir, cuerpos que puedan ser sometidos, utilizados, transformados y perfeccionados.(Sojo, 2019)

Si bien la relación médico-paciente está históricamente basada en el poder y la jerarquía, la relación medicina-mujeres toma una dimensión mucho más violenta que se ha adaptado hasta ser naturalizada. Por otro lado, el modelo tradicional hipocrático de la relación médico-paciente se ha cuestionado desde hace varios años, el surgimiento de la medicina social (Iriart et al., 2002) y los derechos humanos como pilares estructurales de una nueva visión del rol de la salud y la medicina en el bienestar y calidad de vida de las personas, en lo que a las mujeres, sus cuerpos, salud y autonomía respecta, parece resistirse, manteniendo los supuestos y percepciones históricos donde el control del cuerpo

femenino, que empieza por la sexualidad, transita por la naturaleza femenina, a menudo un misterio para los científicos, que fue explicándose a partir de cualidades demoniacas que avalaron los primeros textos médicos donde se incluyó a la fascinación y al mal de ojo como las principales enfermedades causadas por mujeres y la relación con la sexualidad y genitalidad femenina.

“Dentro de la tradición médica bajomedieval, la menstruación de las mujeres ocupaba un lugar central, en la identificación de sus cuerpos como cuerpos venenosos”(Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

En la historia de la medicina, el desconocimiento sobre las experiencias de las mujeres dio paso a una serie de mitos que alimentaron el temor a la sexualidad femenina y su poder, y constituye el inicio de la desaparición de las mujeres del radar científico de la medicina, fortaleciendo una práctica reguladora basada en la desigualdad. Este desconocimiento no sólo incide en la distorsión del cuerpo femenino y en la construcción de los imaginarios médicos que perduran hasta la actualidad en las ciencias, particularmente en la medicina. Las mujeres desaparecen del radar epistemológico y científico médico hasta que los estudios de género y las investigaciones feministas logran develar esta ausencia y distorsión forzadas.

Los cuerpos de las mujeres, que no se comprenden y resultan una amenaza, se reducen al rol reproductor, modelándose como objetos patrimoniales del patriarcado. Esta construcción determina que las mujeres sean víctimas de sus propios cuerpos, despojadas de la libertad para decidir y condenadas a sufrir las consecuencias de lo que se haga con ellos.

Historiadoras feministas como Monserrat Cabré i Pairet, descubren el origen de la misoginia médica en los textos clásicos de las primeras facultades de medicina, donde el cuerpo femenino es atravesado por una serie de imaginarios y constructos patriarcales que van reafirmando el rol reproductor, sumado a la satanización de la sexualidad femenina que justifica su control y *disciplinamiento*.

Para encontrar las diferencias, brechas y omisiones en la conducta de la medicina hacia las mujeres, es necesario mirar a la profesión médica desde otro lugar, cuestionar el origen de lo que se constituye como una tradición hegemónica, que sin duda es machista y patriarcal. Esta nueva mirada solamente es posible desde el género como categoría de análisis histórico, buscando en la historia de la medicina, el nacimiento de un modelo clínico que anula a las mujeres como sujetas de atención científica, basado en imaginarios mágico-religiosos en relación con su sexualidad y que va definiendo el poder médico-patriarcal que va modelando el cuerpo y la sexualidad femenina subsumida al placer y reproducción masculina. En la salud y la medicina, las mujeres existen desde la sombra y bajo las condiciones impuestas por el patriarcado que las reconoce solamente a través del ejercicio del poder (Benach, 2020). Los cuerpos se cosifican como instrumentos del placer masculino y están al servicio de la reproducción de la sociedad, como señala Carme Valls Llobet, médica feminista:

“El cuerpo que somos está efectivamente regulado, controlado, normativizado, condicionado por un sistema de género diferenciador y discriminador para las mujeres, por unas instituciones concretas a gran escala (publicidad, moda, medios de comunicación, deporte, medicina...)” (Valls-Llobet, 2009).

La medicina como profesión e institución social guarda en su estructura componentes culturales e históricos que determinan el comportamiento de los médicos desde su proceso formativo, cuando pasan de ser ciudadanos/pacientes a ciudadanos/profesionales, como agentes sociales que intervienen en la salud social y colectiva de las poblaciones, y también como agentes políticos, cuando participan en la construcción e implementación de políticas sanitarias que afectan a toda la sociedad (Artaza Barrios, 2017). Este componente de estructura social, descrito por Pierre Bourdieu, plantea la construcción de prácticas sociales que forman parte de comportamientos históricos y culturales que trascienden en el tiempo y que determinan conductas que se inscriben en las poblaciones y los grupos sociales como una marca que los caracteriza, y se define como habitus:

“El habitus origina prácticas individuales y colectivas, y por ende historias, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia, es el habitus el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (Bourdieu, 2007)

En la salud, la descripción de la relación clínica entre el profesional y el sujeto encierra una serie de elementos, imaginarios, percepciones y supuestos en el marco de los ejercicios profesionales y de ciudadanía, que van modelando una estructura estructurante de lo que es *Ser profesional de la medicina, establecido* como una figura de autoridad y poder social y del ser paciente, visto desde un aparente ejercicio de la ciudadanía hacia el acceso a la salud y la garantía de

derechos. En ambos casos, médico y paciente contemplan conductas sociales y colectivas que determinan una estructura estructurante, es decir un habitus médico y un habitus de paciente o usuario de los servicios de salud, ambos con roles y características determinantes en el modelo de relación clínica y finalmente en la calidad de la atención y la confianza social en un sistema sanitario determinado. Roberto Castro y Joaquina Erviti, en su investigación sobre las conductas médicas en relación con la calidad de atención en salud sexual y reproductiva en México(Castro & Erviti, 2009), identifican un habitus médico compuesto por prácticas, supuestos e imaginarios que se originan temprano en el proceso formativo universitario de los médicos en relación a la sexualidad y la reproducción y se traduce en estructuras estructurantes de la práctica profesional impactando las conductas de las usuarias en el ejercicio ciudadano del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de derechos. Castro (2014), se propone develar cómo se construye esta conducta colectiva médica en una intersección entre criterios sociales y culturales frente a la sexualidad y la reproducción que, desde la institucionalidad médica y sanitaria, plantean posturas contrarias y reguladoras frente al ejercicio de la sexualidad de las mujeres como un derecho humano. En sus investigaciones, detalla una estrecha relación entre el poder y las estructuras institucionales que lo implementan, como es el caso de los hospitales o las cárceles, generando impactos permanentes en los cuerpos y mentes de las personas, finalmente concluye que estas instituciones operan como herramientas de control del estado a partir de la represión:

“El campo médico está formado por el conjunto de organizaciones, instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello” (Castro, 2014).

Para Castro, los profesionales de la salud adquieren y construyen el habitus a través de la formación universitaria en primera instancia y más adelante en la práctica clínica que se desarrolla en las instituciones hospitalarias y servicios de salud, por lo tanto, constituye un cotidiano permanente de reafirmación, naturalización y reproducción de lo que constituye la relación clínica. Como segundo componente de la relación, Castro y Erviti proponen la existencia de un habitus en las usuarias/pacientes de los servicios de salud sexual y reproductiva, situándolas en el marco del ejercicio de la ciudadanía a través de la búsqueda de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad de la atención en salud (Castro & Erviti, 2009).

Este apartado plantea un dialogo entre el poder ejercido desde la profesión médica y la relación que se establece entre los médicos y las mujeres y que desde el género devela el control y regulación del cuerpo femenino, especialmente en la sexualidad incidiendo directamente en su salud y bienestar. Analizaremos desde la historia de la medicina y a través del enfoque de género, la construcción y reproducción de los imaginarios sobre el cuerpo femenino, la sexualidad y la reproducción como los principales elementos en las dinámicas del biopoder que

someten, regulan y modelan a las mujeres y que se materializan a través de los modelos de atención clínica.

2.3 CONSTRUCCIONES MÉDICAS SOBRE EL CUERPO FEMENINO

En la historia de la medicina, como en el resto de la historia, la ausencia de las mujeres responde a la estructura patriarcal que se encargó de desaparecerlas como sujetas anulando el control sobre sus cuerpos:

“Los anatomistas del siglo XX perpetúan las convenciones y ponen al varón como modelo fundamental de la anatomía humana. El fundamento del uso desproporcionado de la anatomía centrada en lo masculino hace imposible aprender la anatomía femenina sin aprender primero la masculina” (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

Historiadoras feministas como Monserrat Cabré i Parret identifica imaginarios y supuestos médicos claramente misóginos, tan temprano como el siglo XIII cuando el pensamiento aristotélico atravesaba casi todas las disciplinas nacientes, entre ellas la medicina. La epistemología médica que más tarde daría origen a las grandes facultades de medicina como la escuela de París confiere a las mujeres cualidades patológico-demoníacas por su naturaleza incomprensible para la ciencia médica. En la etapa escolástica, el desarrollo del conocimiento científico médico se produce en el marco de los mitos religiosos condenatorios a las mujeres; es aquí donde las investigadoras develan el nacimiento de un modelo médico misógino, que surge desde los imaginarios de la sexualidad y la

reconstrucción de los cuerpos femeninos transformándolos, a partir del rechazo y el temor, en lugares demoníacos y origen de enfermedades.

Las investigaciones realizadas por médicas feministas, concluyen que las mujeres han sido invisibilizadas en la medicina, esta afirmación se confirma en los primeros textos médicos de anatomía, basados en cuerpos masculinos, los modelos fisiológicos y terapéuticos que reproducen el rol pasivo de la mujer en el óvulo frente a las hazañas reproductivas del espermatozoide, producto del sesgo androcéntrico en las investigaciones científicas que reafirman la construcción de los roles sociales de las mujeres desde el sistema patriarcal. (Valls-Llobet, 2009)

La desaparición de las mujeres a lo largo de los procesos formativos de futuros médicos es sólo el primer paso en la construcción de la relación entre la institución médica y las mujeres. Sin embargo, desde el género el análisis histórico médico sugiere algo mucho peor; las mujeres están presentes para la medicina pero como agentes causales de enfermedad, donde sus cuerpos son considerados “ponzoñosos” y su estudio, desde el sesgo androcéntrico marcado por el pensamiento mágico-religioso de la época, parte de la descripción de la anatomía femenina como una variante “defectuosa” de los cuerpos masculinos y se limita a una participación pasiva y sumisa en el proceso reproductivo.

En los primeros tratados médicos sobre el mal de ojo, por ejemplo, los cuerpos femeninos se sitúan como el punto focal de la causa y la menstruación como el principal agente en la producción de condiciones, que más adelante se asociarían

con la brujería y que van delineando un discurso antagónico a los cuerpos femeninos en general y la sexualidad femenina en particular.

¿Pero por qué la sexualidad femenina resulta una amenaza para la ciencia? La respuesta podría estar en el sesgo androcéntrico con que la ciencia nace y se desarrolla hasta la actualidad, si los cuerpos masculinos son el referente anatómico, la fisiología también está atravesada por los imaginarios que reafirman la inferioridad de las mujeres, todo aquello que reafirma las características tradicionalmente masculinas y que se consideran funcionalmente superiores, se contraponen con aquello que resulta misterioso, desconocido e inexplicable que se concentra en el cuerpo femenino y solamente se explica desde lo demoníaco. A medida que la ciencia avanza, sería lógico pensar que el pensamiento mágico religioso queda paulatinamente relegado a merced de la ciencia:

“...las diferencias encontradas en cuanto al desarrollo genital y de los órganos destinados a la procreación, continuaron definiendo a las mujeres como seres pasivos, úteros andantes que portaban en sus entrañas al nuevo ser que iba a nacer, pero sin ninguna participación profunda en la procreación...” (Valls-Lobet, 2009).

Si bien hablamos de la historia de la medicina como parte de la construcción del modelo de atención que anula a las mujeres como agentes de su propia salud y sus cuerpos, es necesario ahondar el análisis que nos permite conocer los alcances del patriarcado en la construcción de la ciencia desde la misoginia y el

machismo que decantan en el modelo paternalista (patriarcal) de atención que, en Ecuador, se mantiene hasta la actualidad.

En los primeros textos médicos de anatomía, los cuerpos femeninos se describen como una variante defectuosa del cuerpo masculino. A medida que la ciencia avanza, el discurso científico construye conocimiento sobre el proceso reproductivo que reafirma la inferioridad femenina incluso a nivel celular y fisiológico. Las primeras caracterizaciones del óvulo y el espermatozoide, por ejemplo, presentan reproducciones celulares de los imaginarios de género en relación con los roles femeninos y masculinos, donde el óvulo es pasivo, no se mueve, no busca la generación de un nuevo ser, mientras que el espermatozoide es el *superhéroe* de la reproducción, porque no sólo que se mueve, lucha y avanza para poder mantener la continuidad de la especie (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

En su origen, la ciencia médica se construye desde la enfermedad y el conocimiento basado en la experiencia de cada médico, un modelo curativo que no incluye al enfermo como sujeto y se concentra eminentemente en el cuerpo “defectuoso”, por lo que lo patológico se volvió en la regla frente al conocimiento sobre la anatomía y fisiología. En cuanto a las mujeres, y dado que se encuentran excluidas de toda acceso al conocimiento, los cuerpos y su funcionamiento resultan incomprensibles e inexplicables para los médicos, las primeras explicaciones sobre la sexualidad y la reproducción evidencian el sesgo de género que no sólo describe a las mujeres como seres inferiores a los hombres,

pero las relaciona directamente con la brujería, una de las primeras evidencias de la misoginia que se puede encontrar en los tratados médicos sobre la fascinación y el mal de ojo, en donde la sangre menstrual es vista como un componente demoníaco del “poder maligno” de los cuerpos femeninos (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

“El triunfo del pensamiento aristotélico guardaba relación con este fenómeno, pues su teoría de la polaridad entre los sexos (en el sentido de que los sexos difieren de forma significativa y que los hombres son superiores a las mujeres) ocupó un lugar central en las facultades parisinas de teología, medicina y derecho en el siglo XIII. La popularidad de obras misóginas atribuidas es un signo de alcance y amplia difusión de su modelo” (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013).

A través del género como categoría de análisis, la historia de la medicina se muestra como el punto de partida de la institucionalización de la misoginia médica y su relación con el control de la sexualidad y los cuerpos femeninos, los imaginarios patriarcales que se transforman en criterios clínicos y argumentos pseudo científicos que se han establecido como las bases del pensamiento científico-médico hegemónico que reafirma la condición inferior de las mujeres, sus cuerpos se reconstruyen como instrumentos del placer masculino y espacio de reproducción social como función fundamental. Como bien lo señala Marta Lamas el cuerpo como una construcción social, sitúa a las mujeres en sistema de regulaciones y cautiverios que se determinan socialmente ya que se insertan en los supuestos e imaginarios culturales, una impronta que define estructuras y roles que se van adentrando en un *habitus* colectivo:

“El cuerpo un ente/artefacto simultáneamente físico y simbólico, simultáneamente experimenta en el sentido fenomenológico distintas sensaciones, placeres, dolores y pulsiones mientras la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales coercitivas. El hecho de que el cuerpo tenga un valor social previo y distinto por su sexuación y por el género tiene un efecto en la mente de todos los demás seres humanos. La vivencia de lo social ocurre en el cuerpo. “ (Lamas, 2013).

Entonces, si bien nos referimos a una construcción social, cultural e histórica de los cuerpos de las mujeres que trasciende a las herramientas científicas de la sociedad como por ejemplo la medicina, no resulta extraño que la ciencia médica en algún momento se haya propuesto validar, ratificar y reproducir un discurso patriarcal y misógino cuyo principal objetivo es legitimar y reafirmar los planes de control y modelaje de las mujeres como instrumentos reproductivos sociales, sin posibilidad de autonomía o libertad.

2.4 EL CAUTIVERIO DEL BIPODER Y LA GOBERNANZA REPRODUCTIVA

Una vez que situamos el origen de la construcción de los cuerpos de las mujeres en la ciencia médica en situación de inferioridad, es necesario analizar las dinámicas del poder en los cuerpos femeninos, el control, modelaje y *disciplinamiento* patriarcal.

Marcela Lagarde se refiere a la situación de las mujeres a lo largo de la historia como una serie de cautiverios, nuevamente sus cuerpos, sexualidades basadas en una condición social y cultural de inferioridad de género, mantiene a las

mujeres bajo un sistema de poder donde el patriarcado se mueve y actúa controlándolas y modelando sus conductas.

“El cuerpo de la mujer es el espacio del deber ser, de la dependencia vital y del cautiverio, como forma de relación con el mundo y de estar en él, como forma del ser social mujer y de la existencia de mujeres particulares” (Lagarde y de los Ríos, 2011).

En el cuerpo, la naturaleza del ser mujer se construye a partir del rol social que se impone desde el patriarcado, opera a través de distintas formas de cautiverio; la maternidad como función del cuidado y la reproducción, el cuerpo cosificado al servicio del placer del otro, la deconstrucción de la sexualidad al margen de la posibilidad del deseo y del placer, todos y cada uno atravesado por la anulación de la autonomía y la libertad en la toma de decisiones (Lagarde y de los Ríos, 2011).

Los roles de género y las construcciones sociales sobre las mujeres determinan las distintas formas de circulación del poder. En la dimensión de la sexualidad femenina, el control se ejerce desde la naturalización de la maternidad y el cuidado como los principales elementos de la feminidad. Aquí podríamos encontrar la razón por la cual la anticoncepción y las tecnologías relacionadas al control de la natalidad, el placer y la reproducción de las mujeres siempre han presentado gran resistencia social y médica a lo largo de la historia reciente hasta la actualidad (De Miguel, 2015).

Michel Foucault, describe al poder como un elemento que se mueve y transforma de forma permanente, pero que cuando se sitúa en los cuerpos, toma una dimensión de profunda transformación y modelaje en la forma como se percibe desde la sociedad. Para las mujeres, este análisis es solamente el principio, parte de la construcción de un cuerpo que solo puede completarse desde las lecturas feministas y de género.

“El poder ha avanzado sobre el cuerpo, se ve expuesto en el cuerpo mismo...Recuerde el pánico de las instituciones del cuerpo social (médicos, políticos) ante la idea de la unión libre o el aborto...De hecho la impresión de que el poder vacila es falsa, porque puede efectuar un repliegue, desplazarse, investirse en otra parte...y así la batalla continúa” (Foucault, 2021).

Los cuerpos reproductores y erotizados de las mujeres son separados de ellas en la gestión de la autonomía y la toma de decisiones en el contexto de una libertad distorsionada siempre que se mantenga al servicio del sistema patriarcal. La categorización ciudadana de las mujeres en relación con el rol social que se les permite tener determina la profundización de las violencias y discriminaciones sistémicas que están naturalizadas. Los principales cautiverios en relación con la sexualidad y la reproducción, el de las **putas** en el cuerpo cosificado y erotizado al servicio del placer masculino y **las madres** en los úteros andantes al servicio de la preservación de la especie y la sociedad (Lagarde y de los Ríos, 2011).

A partir de los años 70, los movimientos de mujeres y el feminismo empiezan a cuestionar las aproximaciones científicas a la salud de las mujeres, surgen preguntas sobre la forma como se entiende, estudian y resuelven los principales

problemas que afectan a la salud y la vida de las mujeres, cuestionando los enfoques, las prioridades y los principales abordajes desde el modelo androcéntrico y patriarcal. La relación que se establece entre la sexualidad, reproducción y el poder, a partir de las dinámicas del biopoder de Foucault, aterrizan en un marco analítico y conceptual que devela una forma naturalizada de control que trasciende a la sociedad, el estado y las personas, aplicada especialmente en las mujeres y su rol reproductivo como punto focal, donde la mirada desde la garantía de derechos esta atravesada por los principios de justicia y autonomía, estableciendo un marco conceptual y analítico que permite una aproximación mucho más profunda e integral a partir de la **Gobernanza Reproductiva y la Justicia Reproductiva**.

“La gobernanza reproductiva se refiere a los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores, como instituciones estatales, iglesias, agencias donantes y organizaciones no gubernamentales (ONG) – utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas para producir, monitorear y controlar comportamientos y prácticas reproductivas. Junto con regímenes morales, el concepto de gobernanza reproductiva está conformado por Foucault, quién distinguió entre la gobernabilidad a través del poder soberano (o fuerza explícita) y a través del biopoder, en el que los sujetos llegan a gobernarse a sí mismos en niveles corporales íntimos. Según Foucault, el sexo era uno de los sitios ejemplares para el despliegue del biopoder en los estados europeos modernos. El sexo biológico vinculó la anatomo-política -la disciplina de los cuerpos individuales- con la biopolítica, la producción a gran escala y la gestión de las poblaciones. -El sexo era un medio de acceso tanto a la vida del cuerpo como a la vida de la especie. Fue empleado como estándar para las disciplinas y como base de regulación-. El sexo está relacionado con la reproducción, por supuesto,

pero en una era en la que el sexo y la reproducción se han vuelto más separables, también pueden ser analizados como distintos dominios” (Morgan & Roberts, 2012).

Las dinámicas del poder, entendidas desde el género y la teoría feminista, no sólo develan las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres en el marco del sistema patriarcal. Permiten comprender las estructuras de poder en el tejido social desde la mirada histórica, social y política de la humanidad, donde la ciencia como actor político y social ha jugado un papel trascendente que debe ser explorado. Desde el enfoque bioético, donde establecen relaciones directas entre la construcción de normativas y leyes que buscan proteger a las personas, la garantía y el ejercicio de los derechos humanos se transforma en una de las principales herramientas de ejercicio político y reivindicación de las mujeres. Es así como, una vez que se reconocen y reivindican los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la gobernanza reproductiva, es fundamental incluir a la justicia reproductiva como el mecanismo esencial que posibilite la garantía y ejercicio de estos (Morison, 2021).

En estos marcos conceptuales y de análisis planteados por Lynn Morgan, Elizabeth Roberts y Tracy Morison, los conceptos de Foucault sobre el biopoder, la intersección entre los diferentes actores y procesos que intervienen en la regulación de los cuerpos de las mujeres y el ejercicio autónomo y libre de los derechos sexuales y reproductivos, se plantea un abordaje radical que cuestiona desde las estructuras e intersecciones la

situación de las mujeres frente a la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos, sexualidad y reproducción.

“La justicia reproductiva es, por lo tanto, un marco para identificar problemas estructurales y problemas sistémicos que deben abordarse para apoyar los derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, la realización de los derechos humanos se vincula con el logro de la justicia social. Por lo tanto, tiene un doble enfoque en -el derecho humano a tomar decisiones personales-sobre la propia vida, y la obligación del gobierno y la sociedad de asegurar que las condiciones sean adecuadas para implementar las propias decisiones” (Morison, 2021) Traducción propia.

Figura 3 Marco Conceptual Gobernanza Reproductiva



Fuente: Elaboración propia a partir de (Morgan & Roberts, 2012).

En este marco conceptual, se articulan los elementos analíticos y operativos de la sexualidad y reproducción a partir de un nuevo paradigma. Incluye la intersección de mecanismos sociales, culturales y políticos, como por ejemplo la moral, las leyes, relacionados por ejemplo con la religión y la ciencia. A partir de esta aproximación teórica, los diferentes acercamientos desde la teoría feminista y los estudios de género toman una nueva dimensión que nos permite nuevas formas de análisis al problema histórico de los derechos de las mujeres y la autonomía sobre sus cuerpos.

Tabla 1 Los Feminismos y sus posturas ante la salud

Diversidad de las teorías feministas.			
	Principios fundamentales	Ejemplos de análisis en salud	Principales críticas
Feminismo Liberal	Hombres y mujeres son fundamentalmente iguales; la desigualdad entre los hombres y las mujeres deriva de las condiciones sociales; acción política.	Diseño de políticas que incrementen el número de mujeres en posiciones de liderazgo.	Pueden llegar a ignorar otros factores que influyen en la opresión de las mujeres y en la desigualdad (etnia, racialidad, clase).
Feminismo Cultural	Mujeres y varones son inherentemente iguales. Sostiene que las mujeres tienen una naturaleza relacional y empática.	Bioética feminista centrada en los valores del cuidado y sus relaciones	Puede ser reduccionista. La idea de que los valores masculinos y femeninos son inherentes puede ser controvertida.
Feminismo Queer	Género y sexo son conceptos socialmente construidos.	Trabajo cualitativo sobre experiencias y aprendizaje de género	Al centrarse solo en el discurso, puede llegar a evitar el análisis de las condiciones sociales.
Feminismo Antirracista	Subraya el rol de la etnia (race) como eje central de la opresión. Ignorado por parte del feminismo liberal	Línea teórica entre etnia (race) y salud; investigar lo racializado en salud	Puede no incluir otras condiciones de opresión; Se les interseccionalidad se presenta como solución
Feminismo radical	Se centra en el patriarcado como método fundamental de opresión y el género como opresión primaria; se requiere de un cambio revolucionario	Introducción de los derechos reproductivos y contraceptivos	El cambio revolucionario es considerado poco realista.
Feminismo socialista	Se centra en la opresión económica; la opresión femenina es estructural basada en la desigualdad de clase	Políticas sociales en defensa de la igualdad salarial, baja de maternidad.	Ignora todos los ejes de opresión: etnia, diversidad sexual.
Feminismo Postmoderno	Centrado en la identidad y en cómo el discurso social y el lenguaje crean nuestra manera de entender el mundo como mujeres.	Sesgo de género en manuales médicos y cartas de referencia.	Centrarse únicamente en el lenguaje podría desviar la energía de la acción hacia otros cambios más tangibles y políticos.
Feminismo indígena	Forma interseccional de feminismo centrada en la descolonización y soberanía indígena; movimiento activista y teórico	Seguridad cultural en muchas instituciones.	A menudo se centra en comunidades originarias de Norteamérica.
Feminismo postcolonial	En respuesta al colonialismo y la tendencia feminista euroamericana de universalizar la experiencia y los valores de las mujeres blancas	Revisión de la diferencia en el encuentro clínico y en la formación; análisis del poder	Los críticos señalan que a la luz de las prácticas imperiales económicas y culturales modernas, el prefijo post es prematuro.
Interseccional	Se centra en la intersección de varias partes de la identidad (etnia, clase, género, orientación sexual), en la opresión. Los cambios sociales e individuales son necesarios.	Trabajo en la diversidad, reflexividad e inclusión.	Aplicación en Educación médica a menudo ignora las raíces y la evolución del pensamiento feminista afro.

Fuente: Elaboración Propia a partir de (Sharma, 2019).

La construcción histórica del cuerpo femenino al servicio de la sexualidad y la reproducción mantiene a las mujeres al margen del ejercicio de los derechos y privilegios que son naturalmente concebidos desde y para los hombres a lo largo del tiempo. La trascendencia de la configuración del cuerpo de las mujeres como un objeto de placer y reproducción, opera en el campo político en favor de la anulación de las mujeres como sujetas de derechos y como administradoras únicas de sus vidas en general y salud en particular. En el campo político, los aportes desde el feminismo develan a la reproducción como uno de los principales elementos en la construcción de la ciudadanía de las mujeres, el cuerpo controlado que se transforma en un territorio de disputa pública, develando las diferentes formas históricas de opresión y violencia y que en el campo de la salud y la medicina toman un protagonismo trascendental.

“Los derechos sexuales se fundamentan en la autodeterminación para el ejercicio de la sexualidad en sus dimensiones físicas, emocionales y espirituales, no necesariamente ligado a la procreación. Mientras que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de la potestad de decidir libre y de manera informada sobre la vida reproductiva, ejercer el control voluntario y seguro sobre la fecundidad.” (Goetschel et al., 2020)

Sin duda los derechos es uno de los principales territorios de invisibilidad de las mujeres en la salud; la sexualidad y la reproducción se mantienen como territorios en disputa donde las luchas feministas se mantienen activas y vigilantes frente a los cautiverios de la sexualidad y la reproducción y el rol de la medicina tradicional como herramienta de control y violencia.

La reivindicación de las mujeres como sujetas de derechos fundamentales es un proceso que no termina de concretarse a pesar de la consecución hitos trascendentales alcanzados por las luchas de los movimientos feministas y de mujeres en los últimos 75 años, donde la sexualidad, autonomía y libertad en la toma de decisiones tienen una especial consideración junto con la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación(Naciones Unidas, 1995a).

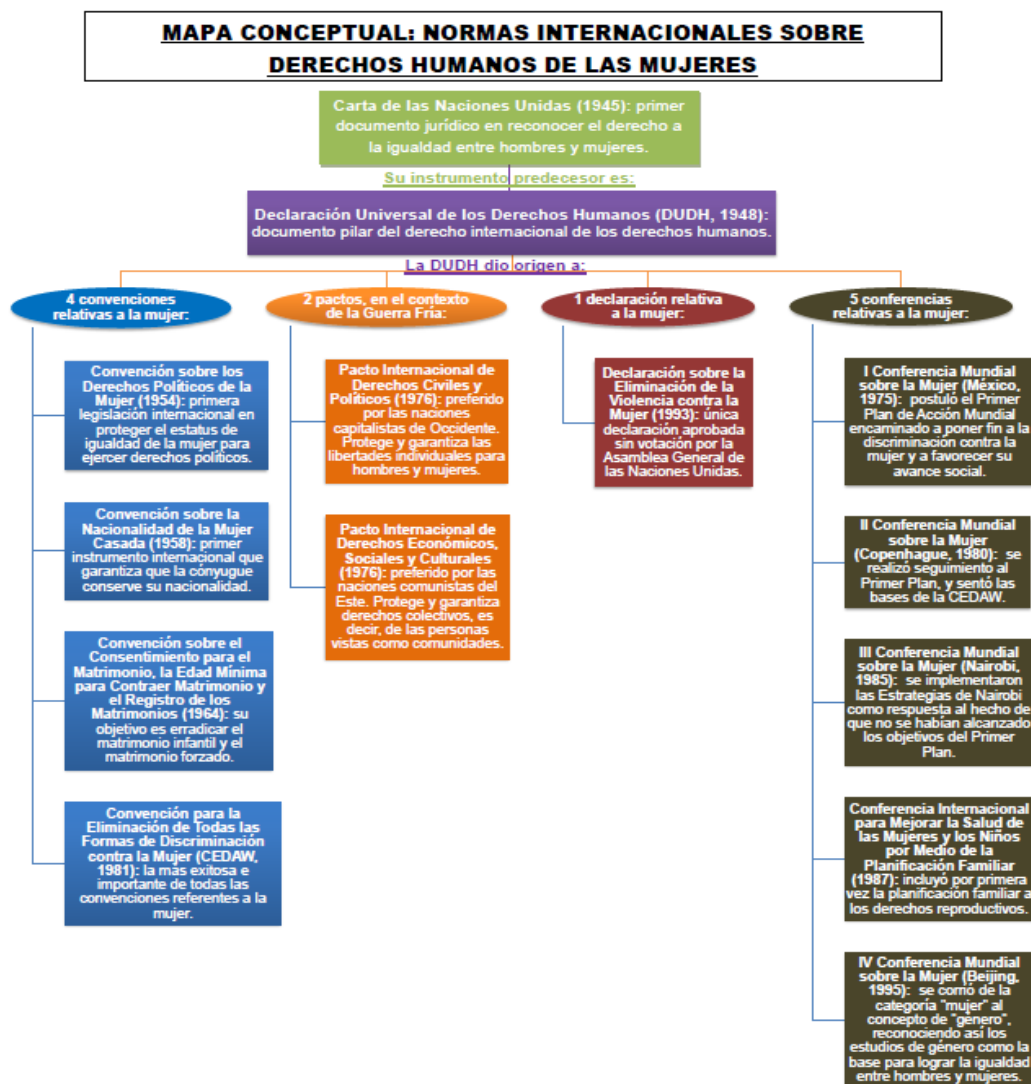
En lo que respecta a salud, los derechos de las mujeres pueden leerse desde las violaciones, incumplimientos y barreras en el acceso y garantía que se mantienen y profundizan a nivel mundial, especialmente en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos, aun cuando la Declaración de Beijing de 1995, establece claramente un cambio de paradigma con relación al tema:

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias ente la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”(Naciones Unidas, 1995b).

El enfoque de gobernanza reproductiva se relaciona con la situación de derechos de las mujeres en términos de su salud sexual y reproductiva como elementos centrales en debates esenciales en términos de su salud, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, la autonomía en la toma de decisiones reproductivas y la eliminación de la violencia de género como los más importantes. En este sentido, y con especial

relación al aborto, Morgan y Roberts proponen la existencia de una rivalidad de derechos que se produce frente a los conflictos que se presentan en el debate del aborto, por ejemplo, el derecho a la vida, a la familia o los derechos del no nacido y los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos y salud (Morgan & Roberts, 2012).

Figura 4 Historia de los Derechos de las Mujeres



Fuente: (Martínez Taveras, 2017)

Si bien los derechos humanos forman parte estructural de la humanidad, en el caso de los derechos de las mujeres, su reconocimiento y garantía atraviesa

múltiples dificultades que van desde el reconocimiento, por ejemplo, la autonomía y libertad de las mujeres en la toma de decisiones, el acceso a programas educativos, la erradicación del matrimonio infantil y en términos de salud, el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, donde se incluye a la interrupción del embarazo como uno de los principales procedimientos.

Para trazar una línea de tiempo en la construcción de un verdadero sistema de derechos humanos para las mujeres, pasar por los derechos sexuales y reproductivos es inevitable. Desde la teoría feminista en voces como las de Marta Lamas, Joan Scott o Judith Butler, el cuerpo de las mujeres constituye el principal territorio en disputa alrededor de las construcciones, imaginarios y supuestos sobre lo femenino y la construcción incuestionable de la relación mujer-útero-maternidad, determinan los primeros debates sobre el rol individual del cuidado y el social de garantizar cuidadoras y reproductoras que mantengan la estabilidad social lo que también nos permite identificar representaciones sociales sobre la salud de las mujeres desde una mirada histórica y que se mantienen hasta la actualidad (Conde & Gabriel, 2002).

2.5 CAPTIVITAS MEDICA

La construcción de la medicina no se limita a la resolución de las afecciones que ponen en riesgo la vida de las personas. Es necesaria una dinámica de poder para que pueda existir, sostenerse y perdurar:

“La relación que se va a establecer en el acto médico es desigual por el mismo contenido de la demanda de ayuda y del profesional que, en principio está en

disposición de darla. Pero la ciencia está en manos del profesional y, por lo tanto, está en situación de poder” (Casado et al., 2014).

La asimetría en la relación clínica, parte desde un acceso limitado y exclusivo al conocimiento, durante décadas los textos, la formación y la participación en la medicina se han mantenido reservados para unos pocos. El paciente se construye desde la idea de que la enfermedad afecta su calidad moral, limitando su libertad y la posibilidad de tomar decisiones. Si bien el modelo paternalista se fundamenta en el principio de no hacer daño y mejorar las condiciones de vida de las personas, es solamente posible a partir del ejercicio ilimitado del poder desde el profesional y la sumisión desde el paciente. La relación médico-paciente es una relación asimétrica de poder, para las mujeres esta dinámica profundiza la condición de inferioridad social histórica característica del patriarcado

Entender las dinámicas médico-paciente implica situarnos en el movimiento de biopoder de Foucault, relaciones atravesadas por la jerarquía, el control y el *disciplinamiento* de los cuerpos dóciles que componen la relación de los profesionales con los enfermos y que en la relación con las mujeres está atravesada por construcciones misóginas y patriarcales donde las mujeres mantienen la condición de inferioridad, escindidas de sus cuerpos y al servicio del pacer masculino y la reproducción de la humanidad.

*“Así el enfermo se verá convertido en objeto y desposeído de su **personeidad**, cada vez que el médico entronizado erróneamente en un pseudo trono propio del*

Olimpo helénico se dirija a aquél imponiéndose y negándose a escucharlo como persona” (Silva, 2008).

La comunicación y el relacionamiento social son los elementos principales de la relación clínica, de cada uno emergen las distintas variantes en dependencia de los roles y los intercambios que se desarrollan durante el acto médico. En este contexto, hablaremos sobre los roles de cada uno de los componentes en esta relación, el paciente desde el papel social y la construcción de la figura temporal que se educa para depender del criterio médico y se encuentra a merced de la enfermedad como una condición indeseable donde el cuerpo pasa a estar bajo el control de otros durante la enfermedad y luego durante el proceso terapéutico, podríamos decir entonces que existe una preparación para la pérdida de la autonomía y la rendición de la voluntad ante la enfermedad y la posibilidad de cura en la medicina. Por otro lado, el rol social del médico parte de la institucionalización del estatus, autonomía y poder en la especificidad técnica del conocimiento científico propio de la profesión médica, pero además es médico es un agente moral cultural que engloba una serie de valores sociales que simbolizan el arquetipo del cuerpo sano y construyen el supuesto de la agencia en salud como uno de sus principales poderes y virtudes (Bloom & Robert, 1996). A lo largo de esta investigación llegaremos a la caracterización del modelo paternalista de relación clínica en base a la descripción de las dinámicas que se establecen entre las dos figuras principales, los roles, expectativas y resultados, situando a la mujer como objeto médico, para identificar las conductas y acciones

durante las relaciones médicas y que están atravesadas por distintas formas de omisión, violencia y vulneración de los derechos fundamentales.

La comunicación, el primer momento de la consulta, para las mujeres es el punto de partida para una relación marcada por los estereotipos de género que reflejan los imaginarios sociales de las mujeres y sus principales dolencias, existe una predisposición frente a la salud femenina que siempre gira en torno a su cuerpo, enfocada en la maternidad y la reproducción.

Los elementos que componen la relación médico-paciente incluyen características y aspectos del médico/a, del paciente, la información y el entorno:

Figura 5 Determinantes de la Relación Médico-Paciente



Fuente: (Ruiz, 2017).

Los factores determinantes de esta relación, desde el punto de vista social y cultural son clave en la reafirmación de la figura del médico como autoridad

moral y técnica y del paciente/enfermo, que mantiene un rol pasivo inferior en la jerarquía. Para que pueda mantenerse, la dinámica requiere que existan condiciones determinantes de cada una de las partes, por ejemplo, del médico se espera autoridad y competencia técnica mientras que desde el paciente se espera agradecimiento y confianza(Sánchez, 2021). Los componentes antes expuestos, analizados desde el género permiten situar a las mujeres en un lugar jerárquicamente inferior o incluso inexistente en una relación naturalmente desigual, discriminatoria y que se basa en el ejercicio autoritario del biopoder que, si bien ha sido cuestionada desde la importancia de la participación de los pacientes, es importante recordar que las mujeres no se consideran como titulares absolutas de derechos y condiciones de ciudadanía.

Por otro lado, desde la mirada de la determinación social en salud, la importancia de factores como la desconfianza por parte del usuario de los sistemas sanitarios y la deshumanización cada vez más severa por parte de las personas, inciden negativamente en la dinámica a través de la profundización de la brecha entre la medicina y las personas ya existente con el modelo tradicional paternalista(Llimós et al., 2022). Con el nacimiento de la Bioética a finales de 1970, la relación ciencia-sociedad y ciencia-persona, empieza a cuestionarse a partir de los abusos cometidos durante la segunda Guerra Mundial, la experimentación científica con fines bélicos, el desarrollo de armas químicas, biológicas y médicas al servicio de guerra y el irrespeto a las libertades individuales de las personas y sus derechos fundamentales,

develando una nueva faceta de la humanidad en el contexto del desarrollo tecnológico y científico pero con un elevado costo social.

Las corrientes filosóficas de la ética tradicional y que dieron origen a las principales escuelas de pensamiento ético tienen a los valores y principios como eje central del comportamiento ya sea que se analice desde los supuestos de las virtudes en la naturaleza humana o bien valores morales y que finalmente alcanza resultados o consecuencias que determinan lo correcto o incorrecto en una acción. Tradicionalmente, existen tres corrientes éticas cuyas características se relacionan con los modelos de relación clínica y las aplicaciones en la medicina tradicional, Miguel Ángel Sánchez (2021), las describe de acuerdo con los métodos y principios que predominan en su aplicación en las ciencias de la salud:

- **Utilitarismo:** Conocido también como consecuencialismo, basado principio de utilidad, o del mayor bien para el mayor número
- **Deontologismo:** Característicamente kantiano, religioso, naturalista, tradicionalista, en este enfoque se basan las posturas más tradicionales de la institución médica, especialmente cuando se hace referencia al Juramento Hipocrático como su principal código ético profesional.
- **Principialismo:** La extensión de los principios bioéticos propuestos en 1975 en el informe de Belmont hacia la clínica médica. Caracterizado por ser pluralista al incluir principios deontológicos y consecuencialistas (Sánchez, 2021).

En las ciencias de salud en general, y en la medicina en particular podemos encontrar líneas de pensamiento asociadas con las cuatro escuelas principales, aunque en la actualidad existe un claro predominio de una en particular. Miguel Ángel Sánchez, médico investigador y bioeticista de origen español, analiza la historia, características y particularidades de las cuatro escuelas principales de la bioética moderna y su incidencia en las ciencias de la salud (Sánchez, 2021).

En su texto sobre bioética en ciencias de la salud, Sánchez describe la existencia de tres escuelas, la principalista que se caracteriza por contemplar lo que anteriormente había descrito Marta Lamas como los enfoques deontológicos y teleológicos, basándose especialmente en la dinámica entre el principio y la consecuencia; en esta escuela la filosofía Kantiana, cuya máxima principal se enfoca en la importancia del principio como comando central en una acción o bien el resultado, sin considerar el contexto de la situación que se analiza éticamente. es uno de sus principales argumentos y también incluye a los utilitaristas como John Stuart Mill, quien plantea que la acción será juzgada con relación al beneficio que produce. Es justamente en esta vertiente y luego de la publicación del informe de Belmont en 1978, que el concepto de bioética se inserta en la reflexión y educación médica, trascendiendo hacia la investigación y el desarrollo de las primeras normativas y legislaciones médicas que buscan la protección de las personas y la garanti

de los derechos humanos en el contexto de la ciencia y la medicina (Sánchez, 2021).

Producto de la escuela principialista, y de la mano de Tom Beauchamp y James Childress, autores del informe Belmont, la bioética clínica propone un nuevo cuestionamiento esta vez centrado en la relación clínica y los modelos de relación médico-paciente, esta vez a partir del enfoque de los cuatro principios bioéticos hegemónicos: Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Por lo que nuevos elementos se incluyen en el análisis del modelo de atención que se basa en las dinámicas entre médicos y pacientes develando relaciones de poder que alcanzan dimensiones de abuso, maltrato, violencia.

La identificación de las asimetrías en la relación clínica determina nuevos campos de investigación relacionados con la calidad de la atención, a la luz de los cuestionamientos relacionados al ejercicio ético de la medicina y las demandas de mala práctica médica. En 1956, Szasz y Hollender, presentan un análisis de las variantes de relación clínica planteando nuevos enfoques de análisis como por ejemplo los roles y expectativas de cada uno de los actores y su relación con el ejercicio de la autonomía y/o la participación del paciente. Cada vez son más frecuentes las investigaciones relacionadas a la calidad de la atención médica desde la percepción de los pacientes, cuestionando las bases del modelo médico paternalista el ejercicio descontrolado del biopoder y el control de la autonomía y la libertad.

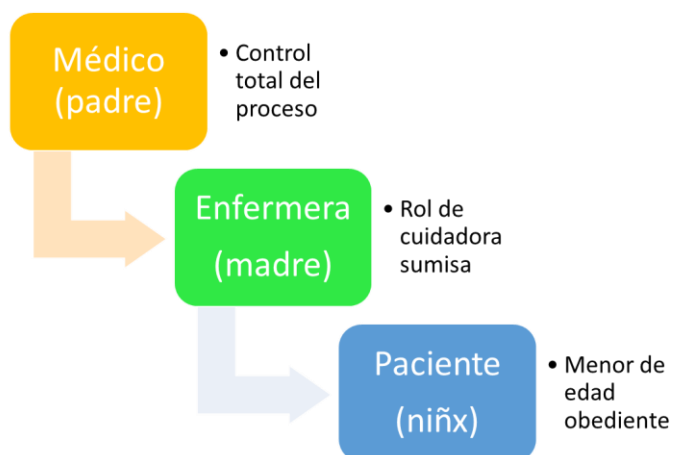
Tabla 2 Los modelos de Szasz-Hollender de la relación médico Paciente.

Modelo	Papel del Médico	Papel del Paciente	Aplicación clínica	Prototipo del Modelo
1. Actividad-Pasividad	Le hace algo al paciente	Receptor (incapaz de responder)	Anestesia, trauma agudo, coma, delirio	Padre/madre-hijo
2. Asesoramiento-Cooperación	Le dice al paciente qué hacer	Cooperador (obedece)	Procesos infecciosos agudos	Padre/madre-hijo (adolescente)
3. Participación mutua	Le ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo	Participante en la "asociación" (usa la ayuda de un experto)	La mayoría de las enfermedades crónicas, psicoanálisis, etc.	Adulto-Adulto

Fuente: Elaboración propia a partir de (Bloom & Robert, 1996)

En cada uno de los modelos descritos, el enfoque de la medicina sigue siendo más bien curativo, y los roles que se establecen ya sean del médico o del paciente pueden entenderse desde las dinámicas en cada uno.

Figura 6 Atención en Salud Patogenizante



Fuente: Elaboración propia.

En todo caso mantienen un eje transversal que se mantiene paternalista en esencia, especialmente en las dos primeras variantes, donde al parecer no sólo no se reconoce la autonomía del paciente, pero además se asume que el paciente no cuenta con la capacidad para tomar decisiones, cuestionar o negociar su atención, por lo que requiere de obediencia y sumisión hacia el profesional. Estas dinámicas se mantienen como elementos estructurales de la relación clínica, tanto en el currículo explícito como en el oculto a lo largo del proceso de formación y como eje central de esta relación en la práctica clínica(Llimós et al., 2022). Sin embargo, llama la atención que, dentro de los ejemplos en las variantes descritas de cada modelo, los elementos relacionados con la sexualidad y la reproducción no se consideran, probablemente porque, dentro de las dinámicas analíticas y estructurales, el género aún no se consideraba como un enfoque a considerar (Martínez-Abarca & Martínez-Pérez, 2021).

Por lo tanto, ¿cómo se vería entonces el cuadro anterior si se aplica a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde una mirada de género y feminista, considerando las construcciones del cuerpo, los supuestos sobre la reproducción y los imaginarios científicos del cuerpo? En principio la tabla no contaría con tres componentes, puesto que probablemente quedaría reducido al primer modelo de actividad/pasividad, donde el rol de las mujeres se mantiene pasivo ante la recepción de la “sabiduría médica”, por ejemplo como cuando en las salas de partos los ginecólogos varones le dicen a la mujer que experimenta dolores de parto “señora, tranquila, yo sé lo que se siente” y minimizan o deslegitiman las vivencias propias de los procesos de salud/enfermedad, solamente por el hecho

de ser mujeres, ratificando la condición de incapacidad en la toma de decisiones sobre sus cuerpos y su salud.

2.6 DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: INTERSECCIONES Y DEBATES EN LA SALUD REPRODUCTIVA.

A partir de la década de los 80's se inicia el tránsito hacia un cambio de paradigma en la forma como se aborda la salud colectiva y la medicina, luego de que la Organización Mundial de la Salud adopta una nueva definición de salud que propone nuevos elementos para el análisis y la dimensión de lo social como un factor a considerar en el análisis sanitario, lo que más adelante se complementaría con la creación de la Comisión de los Determinantes sociales de la salud, que si bien pone sobre la mesa la intersección (Zugaza Goienetxea, 2020) y relación de factores sociales en el proceso de la enfermedad, queda corta frente a las dinámicas sociales que impactan directamente cuando nos enfocamos en procesos salutogénicos (Lindström & Eriksson, 2010) y como tradicionalmente sucede en la salud, patológicos (Breilh, 2008). En el caso de la salud de las mujeres, las desigualdades en salud toman una nueva dimensión, donde el género como determinante social de la salud, se constituye como un elemento estructural de las brechas e inequidades en el acceso a la atención en salud (Junge et al., 2021) y se operativiza a través del modelo paternalista tradicional. Para la medicina hegemónica paternalista, la salud de las mujeres se reduce a la reproducción de los roles históricos de género asociados a la maternidad y el cuidado, desconociendo el ejercicio de la sexualidad desde el

placer y restringiendo la libertad y autonomía sobre el cuerpo y la toma de decisiones.

Si bien la comisión de los determinantes plantea un nuevo paradigma de los elementos estructurales que se incorporan al análisis de la salud pública como derecho humano universal, la propuesta de la determinación social en salud como nuevo paradigma de la epidemiología clínica propuesta por Jaime Breilh en 1975, supone un nuevo enfoque que permite un análisis integral del modelo médico hegemónico, esta vez en clave de género considerando especialmente el carácter social de salud (Junge et al., 2021).

El análisis feminista y de género, cuestiona las aproximaciones epistemológicas médicas y científicas hacia las mujeres, revelando la institucionalización de distintas formas de violencia a lo largo de la relación clínica que profundizan las ya existentes desigualdades e inequidades y que operan como elementos que deben ser considerados en un nuevo paradigma de determinación social en la salud desde la teoría feminista y el género. (Benlloch- Martínez, 2003)

El proceso de recolección de información clínica, conocido como anamnesis, el examen físico y el desarrollo general de la consulta como parte del acto médico, visto desde las percepciones de las mujeres, se caracterizan por una serie de conductas se ejercen desde la anulación de sus vivencias y experiencias en relación a la enfermedad, el cuestionamiento constante de la veracidad y el sesgo característico que ronda la relación de las patologías femeninas con su salud

mental como origen primario. Esto determina la desconfianza mutua que atraviesa una dinámica marcada por el sesgo androcéntrico (Valls-Lobet, 2009).

2.7 HABITUS MÉDICO EN LA REGULACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Históricamente, el modelo médico-sacerdotal, basado en relaciones asimétricas de poder, en la relación paternalista, los principios deontológicos tradicionales de la beneficencia y no maleficencia predominan al de autonomía y libertad. El sujeto paciente que se concibe primordialmente masculino; obedece, agradece y se somete a la autoridad cuasi divina del médico, que sabe, ordena y controla su cuerpo; y es el único que domina el conocimiento capaz de vencer a la enfermedad. Si bien Foucault afirma que el poder no sigue una dialéctica *hegeliana*, las condiciones sociales y de control que se establecen sobre los cuerpos de las mujeres operan como mecanismos de *cautiverio* que, según Marcela Lagarde, siguen una dialéctica de opresión-libertad basada en sus cuerpos que es construida por otros (Lagarde y de los Ríos, 2011). La relación entre el poder-saber que Foucault explica claramente, determina desde un inicio quienes tendrán acceso a ejercerlo y quienes se mantendrán en la oscuridad de la sumisión y la obediencia, en esta dicotomía, los hombres, los sacerdotes y los médicos son siempre los ejecutores y por el otro lado a los niños, ancianos, enfermos y las mujeres se les negará el derecho a saber y a decidir (Foucault, 2011).

“El primer problema al abordar la salud de las mujeres y su empoderamiento (si pueden o no ser protagonistas de sus vidas) se ha producido por quienes han impartido o han decidido cómo era la salud.”(Valls-Llobet, 2009)

Encontrar el biopoder en el acto médico no es una tarea difícil, la descripción del modelo de atención basado en el paternalismo es clara sobre el papel del poder en la toma de decisiones en salud. En los modelos deontológicos tradicionales de la práctica médica, vigentes hasta la actualidad, encontramos distintas proporciones en el movimiento del poder, entre el control, la dosificación de libertad y el control. El médico ordena y el paciente obedece.

“Este modelo (paternalista) desechaba las opiniones y preferencias del paciente porque, si eran diferentes a las del médico solamente podían provenir de la ignorancia científica del enfermo o de la supuesta debilidad moral que la enfermedad conlleva.” (Sanchez Gonzalez, 2013)

El poder que atraviesa los cuerpos en la medicina cobra sentido cuando en el modelo hipocrático, el paciente es despojado de la libertad para decidir y su cuerpo se somete al conocimiento médico para que pueda ser curado. Los cuerpos de las mujeres que como vimos están cautivos en el conocimiento médico escolástico tradicional, se transforman en territorios de conquista y dominación en una batalla por la vida frente a la enfermedad y el mantenimiento y reproducción de la sociedad, originado en el sesgo androcéntrico que propone a la mujer como una falla del hombre, el imaginario de cuerpos defectuosos sensibles a los aspectos malignos de las construcciones sociales(Alameda-Cuesta et al., 2023); pero a la vez como un instrumento reproductivo que se debe modelar y controlar. Esta relación del poder-saber, el impacto en la salud y las

vidas de las mujeres vista desde el feminismo y los estudios de género, permiten identificar los espacios históricos y actuales de disputa y conquista que siguen siendo estratégicos e irrenunciables. El reconocimiento del paternalismo médico como un modelo perverso de control y disciplina que en las mujeres sigue siendo nefasto y se mantiene operando al servicio del patriarcado como instrumento de represión y sometimiento; reafirma y reproduce la condición de inferioridad de las mujeres condenándolas a sufrir en y por sus cuerpos.

En general, las dinámicas del poder en la relación clínica se mueven entre el ejercicio distorsionado de los principios de beneficencia y la no maleficencia como fundamento de la conducta médica y como elementos de un sistema de control que aparenta limitar al poder médico. Sin embargo, aun cuando el rol de los médicos es claro desde su jerarquía, para operar debe establecer rangos de pacientes, categorías que reflejan a la sociedad y están determinados por las construcciones e imaginarios culturales y de clase, como es el caso de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad, quienes se encuentran siempre, en una categoría inferior.

Paternalismo médico aparte, la sexualidad es sin duda un aspecto del ejercicio del poder de la ciencia sobre los sujetos, hemos visto como los cuerpos femeninos son deconstruidos desde la mitología religiosa del pecado en una alianza que resulta conveniente con el conocimiento hacia la causa de las enfermedades que no se podían explicar. Si la sexualidad femenina se percibe siempre desde lo negativo, el siguiente paso sin duda es, controlar, anular e invisibilizarla.

En los análisis históricos médicos, las normas reguladoras de la sexualidad son producto de elementos heterogéneos de la construcción de los imaginarios sociales, los roles de género y la relación permanente de los principios religiosos vigentes. En la medicina el origen del pensamiento sobre sexualidad responde a distintas corrientes, que transitan desde el control represivo y la moderación, el erotismo, los ideales naturalistas que se ajustan a los fines reproductivos, la implementación de la abstinencia y hasta los modelos actuales donde la autonomía, la libertad y el consentimiento coexisten con los principios de diversidad, derechos e interseccionalidad (Sánchez, 2021).

En cada una de aproximaciones, las mujeres se mantienen invisibles, subsumidas a la autoridad científico-religiosa que relega sus cuerpos como instrumentos reproductivos:

“Sin embargo en el periodo post clásico se fue reconociendo sólo el poder procreativo de la sexualidad. Las escuelas filosófico-morales del periodo helenístico aportaron cambios decisivos en las ideas sobre la sexualidad. Introdujeron la idea de que las pasiones son negativas y deben ser vencidas”(Sánchez, 2021)

Al inicio de este trabajo, la pregunta sobre la construcción de la relación antagónica de la medicina con las mujeres rondaba como una sombra que se origina en la naturalización del paternalismo como el único modelo médico que se resiste a desaparecer, especialmente porque son los dóciles quienes lo alimentan mientras a las y los médicos nos enseñan a sostener.

El género como categoría de análisis en la historia de la medicina, nos muestra la realidad de un modelo médico basado en la desigualdad entre las mujeres y el resto de la sociedad (Alameda-Cuesta et al., 2023), donde el poder se mueve desde la construcción histórica de categorías de cuerpos, sus funciones y disfunciones en base a los imaginarios que mantienen el control de sus cuerpos y la negación de sus derechos que, como hemos visto anteriormente han sido permanentemente reivindicados a nivel mundial y existen como una hoja de ruta a seguir para garantizar condiciones fundamentales de la ciudadanía, como son la salud, la calidad de vida y el bienestar (Ehrenreich & English, 2010) .

3 CONTEXTO: EL MODELO BIOMÉDICO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Hemos hablado de la importancia de un nuevo enfoque de género para mirar la salud y la medicina. Hemos visto en el primer capítulo, y desde una perspectiva histórica, que las construcciones médicas de los cuerpos de las mujeres y su rol social desde la reproducción y la sexualidad se han ido estableciendo como principios modeladores y estructurales de lo que nos planteamos como las estrategias en favor de su salud y que se implementan a través de alguna de las variantes de relación clínica.

Eduardo Menéndez (E. L. Menéndez, 2005) plantea que los elementos sociales, culturales, jurídicos y políticos que se conjugan con los saberes científico-técnicos propios de la medicina, que se reproducen y mantienen hasta la actualidad; convergen en lo que define como Modelo Médico Hegemónico (MMH), determinante en el abordaje del proceso salud-enfermedad, y no se limita a una mirada técnica, más bien social y cultural (E. Menéndez, 2020; E. L. Menéndez, 1998). En base a esta organización, las percepciones, supuestos e imaginarios sociales, incluidas las de las y los médicos, sobre aquello que se construye como saludable o patológico se significa desde los elementos sociales y atraviesa al pensamiento médico que lo resignifica y reproduce:

“Este proceso de apropiación y hegemonía no sólo es impulsado por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por una parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales” (E. L. Menéndez, 2005).

En esta sección, analizo el modelo médico hegemónico desde el género como categoría de análisis enfocado a las dinámicas de la relación clínica atravesadas por supuestos e imaginarios patriarcales sobre el cuerpo de las mujeres, percepciones de lo que se entiende por salud basada en la reproducción y que operan como herramienta de la reproducción del modelo social patriarcal y cómo se presenta en la institucionalidad médica y la política pública en Ecuador. Esta discusión es posible desde los aportes de la teoría feminista a la sociología médica y que cuestionan elementos de la medicina y su relación con las mujeres como por ejemplo la construcción del saber médico a partir de los supuestos de la salud-enfermedad desde una epistemología masculina y patriarcal (Castro & Bronfman, 1998), además incorpora el análisis del contexto latinoamericano que presenta particularidades relacionadas con la cultura política y el poder que atraviesa a la medicina y que se traduce en prácticas médicas basadas en la reproducción de roles históricos asignados a la mujer como la reproducción, maternidad y cuidado en el marco de dinámicas de hegemonía/subalternidad que se mantienen y reafirman hasta la actualidad (E. Menéndez, 2020; E. L. Menéndez, 1998)

3.1 MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN ECUADOR: UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO Y LA SOCIOLOGIA MEDICA

En la descripción del modelo médico hegemónico, Menéndez incluye una serie de características y rasgos que describen a la medicina del siglo XIX, pero que fácilmente pueden identificarse en los modelos vigentes en la actualidad, especialmente en América Latina, en esta estructura sobresale la descripción de la relación médico-paciente como asimétrica:

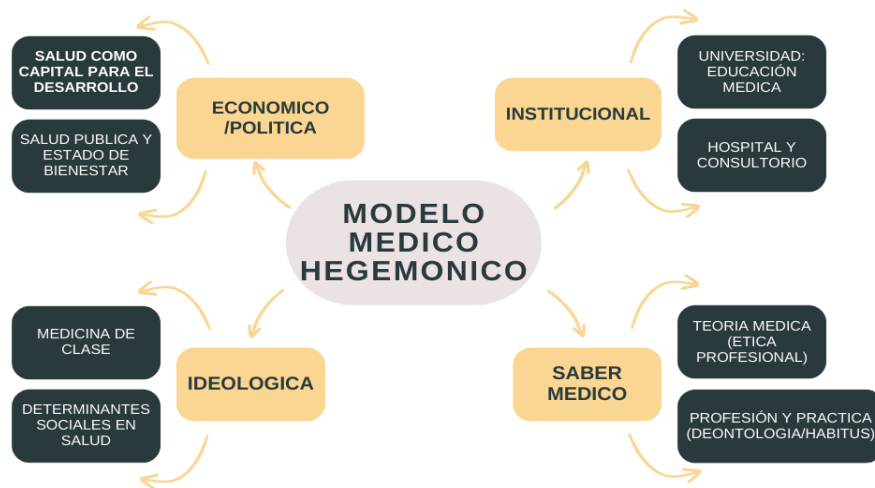
“...la subordinación técnica y social de los pacientes llegando, incluso a la sumisión, la construcción del paciente como un sujeto ignorante o portador de un saber equivocado, inducción de la a participación subordinada y pasiva del paciente, producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas, tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana y una tendencia a escisión entre teoría y práctica...”(E. L. Menéndez, 1998).

Pero además de estas características, Menéndez identifica que en la construcción del conocimiento médico existen rasgos de racismo y eugenesia evidentes en los primeros textos de anatomía y fisiología, estableciendo una dirección muy clara de conocimiento médico con relación a los modelos de normalidad anatómica que deberían primar y donde empezamos a identificar una epistemología masculina que marcaría definitivamente al saber médico y sus prácticas vigentes en la actualidad.

Estructuralmente, el modelo médico hegemónico se compone de cuatro dimensiones, cada una se relaciona con la implementación en los sistemas políticos, el desarrollo tecnológico, la educación y formación de las y los profesionales de salud, una ideológica relacionada con un modelo más bien biologicista de la salud y finalmente la dimensión de los saberes médicos, donde se incluyen elementos de la práctica médica y las teorías deontológicas médicas tradicionales (Alameda-Cuesta et al., 2023). En esta descripción, el autor establece una relación fundamental entre los sistemas políticos y el poder de la medicina en la regulación social como uno de sus principales instrumentos. En el caso ecuatoriano, Juan Cuvi, en su investigación *Curar y Someter* (Cuvi & Torres, 2013), identifica las relaciones entre la historia política latinoamericana como el contexto social y económico y la implementación del modelo biomédico como herramienta política de control y regulación social:

“Detrás de muchas de estas decisiones médicas actúa el deseo de ejercer poder, y la intención de reforzar aquellos referentes simbólicos que permitan legitimar aún más el modelo médico hegemónico. Para ello, el estamento médico utiliza la potestad que le ha conferido la sociedad y, sobre todo el Estado, para pontificar sobre los problemas de salud/enfermedad, lo cual le permite, entre otras cosas, aplicar criterios nosológicos a las conductas individuales o a las manifestaciones sociales consideradas anormales, como la locura, el alcoholismo o las adicciones” (Cuvi & Torres, 2013).

Figura 7 Dimensiones del Modelo Médico Hegemónico



Fuente: Elaboración Propia. Partiendo de Menéndez 2020.

En lo que a las mujeres respecta, los aportes de la teoría feminista desde la sociología médica develan la relación que se establece entre este saber médico patriarcal, las construcciones y supuestos en relación con sus cuerpos y roles.

A través del análisis de género, es posible entender el papel de las mujeres en la sexualidad y la reproducción en el sistema *sexo-género* y sus dinámicas patriarcales, donde se construyen disposiciones sociales que transforman la sexualidad biológica y la resignifican en una cultura histórica y sistémica de dominación de las mujeres (Castro & Bronfman, 1998), y como parte de la permanencia y reproducción del modelo.

El sistema médico hegemónico, se describe como naturalmente asimétrico, basado en relaciones de poder y como un reflejo de los sistemas socioculturales donde se construyen sus representaciones y prácticas (E. L. Menéndez, 1998). Desde la teoría feminista y a partir de la sociología médica, el ejercicio del biopoder se ejerce a partir de decisiones médicas que operan como herramientas de efectivización de dominación política y que definen los supuestos e imaginarios sociales relacionados a la salud, cuerpos y roles de las mujeres (Martínez-Pérez et al., 2020). De ahí que, son precisamente estas construcciones, que más bien se mueven en el espacio de lo político más que en lo técnico médico, incorporan elementos de la cultura médica, los saberes y prácticas profesionales, así como las representaciones institucionales que reafirman y reproducen lo que desde el poder político se determina como la norma.

Como herramienta de poder, las estrategias de control político a través de la medicina, y en relación con las mujeres, determinan el cuerpo femenino como un eje de intervención política en la regulación de sus derechos y roles:

“El conocimiento médico y el poder político se arrogaron la autoridad para decidir sobre las condiciones generales de salud que debían prevalecer en la sociedad incluidas aquellas relacionadas con la reproducción de la vida. Esto ocurre, por ejemplo, en sociedades como la ecuatoriana, donde se induce, se condiciona y hasta se aplican medidas anticonceptivas sin consentimiento informado de las usuarias” (Cuví & Torres, 2013).

La construcción de políticas públicas sanitarias cuyo objetivo sería el fortalecimiento de la calidad y la garantía del acceso a la atención en salud, en el modelo biomédico ecuatoriano también reafirman construcciones y supuestos

sociales en relación al rol materno, de cuidado y la sexualidad de las mujeres el rol materno a través de estrategias de protección social como por ejemplo el acceso al bono de desarrollo humano, siempre y cuando las madres acudan regularmente a los controles de salud (Cuvi & Torres, 2013). La imposibilidad del ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones sobre sus cuerpos, la violencia sexual y la anulación del ejercicio de derechos, mediante la invisibilización como ciudadanas, regulando el acceso a servicios de salud seguros y de calidad a partir de una estrategia de subordinación y lo que Cuvi define como la *jerarquización tecnocrática*, a partir del poder basado en el conocimiento y la asimetría de saberes para de esa forma anular o restringir la participación social, son algunos de los principales elementos de implementación del modelo en el caso de Ecuador(Cuvi & Torres, 2013).

En América Latina el cuestionamiento al modelo médico hegemónico no es un tema nuevo, en un estudio realizado por la Universidad de los Andes, Colombia en el 2012, concluye que la importancia de los profesionales de salud en la garantía de derechos es clave en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, junto con los cambios en patrones socio culturales en relación a temas como la salud sexual y reproductiva, la prevención de las diferentes formas de violencia y las percepciones sociales sobre la autonomía y la libertad. Finalmente recomiendan la inclusión del enfoque de género y derechos humanos de forma transversal y progresiva en los programas educativos médicos desde el pregrado

hasta los programas de especialización, con la finalidad de garantizar un proceso de cambio profundo y sostenible en el tiempo (Vargas, 2012).

En la estructura del modelo médico hegemónico propuesta por Menéndez, la formación de profesionales y la deontología profesional o *ethos médico* tienen especial importancia en la operación del modelo como una estructura de ejercicio de poder, no es para nada difícil relacionar las *estructuras estructurantes* (Castro & Erviti, 2009), de los supuestos médicos que atraviesan la institucionalidad y los discursos médicos especialmente aquellos donde se busca sostener y reproducir una *statu quo* que responde al patriarcado como sistema social dominante (Benach, 2020).

Por lo tanto, en el análisis de la relación mujeres-medicina que establece Carme Valls, la invisibilización de las mujeres en el sistema médico, inicia en la construcción de un imaginario técnico a partir de un cuerpo cuyas estructuras y funciones responden a un ordenamiento social establecido. Adicionalmente y en caso particular del Ecuador, es esta construcción la que sirve como fundamento de las legislaciones sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva que reproduce y legitima el rol reproductivo esencial de las mujeres y la apropiación y regulación social e institucional de sus cuerpos.

“El tema médico tiene relevancia en relación con la ciudadanía si ésta es pensada como posibilidad de realización y expresión autónoma de los individuos y de las comunidades en una sociedad medianamente estructurada. Dicho de otro modo, si la ciudadanía actúa como vehículo para la consecución de los derechos indispensables para asegurar un proyecto de vida individual y comunitario. El

modelo médico puede, en el sentido señalado, contribuir tanto a la profundización de la autonomía individual y comunitaria como a su restricción...”(Cuvi & Torres, 2013).

En este punto, la estructura operativa del modelo médico propuesto por Menéndez(Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017), tiene pocas resistencias por parte de los profesionales de salud y la sociedad en general, debido a que es un modelo que ha probado eficacia y eficiencia en la resolución de los principales problemas de salud, lo que además se evidencia en el poco cambio en los modelos educativos y formativos de profesionales de la salud a nivel mundial.

Es así como, en el caso de las mujeres, se trata de la objetivación de los imaginarios sociales, culturales y religiosos asociados a la maternidad y la reproducción como estrategias sociales y la legitimación de las mujeres, a través de la ciencia, por ejemplo, como versiones defectuosas de los cuerpos masculinos, sin posibilidad de decisión y autonomía sobre un cuerpo imaginario cuya función siempre está al servicio de otros y que se debe regular.

Estos elementos son claramente visibles en el rol del Estado en la construcción de políticas públicas y leyes cuyo principal objetivo es la legitimación de los imaginarios y creencias de la sociedad en torno a la sexualidad, reproducción y maternidad como pilares fundamentales del funcionamiento social de las mujeres(Alameda-Cuesta et al., 2023). Diego Paz, en su investigación sobre las políticas públicas de educación sobre sexualidad analiza desde lo planteado por Foucault sobre la relación con los cuerpos:

“...la sexualidad es el resultado de las relaciones sociales como relaciones de poder que se materializan en los discursos e instituciones y se encarnan en el cuerpo. Por tanto, la sexualidad no es natural ni esencialista, si no que se acerca más a una construcción histórica y se constituye en sí misma como un dispositivo para la normalización de los cuerpos”(Paz et al., 2020).

Como veremos a continuación, el proceso educativo en general y la educación médica en particular, responde a estas dinámicas de poder-saber, que *“produce los cuerpos que gobierna”* (Paz et al., 2020) y que, en el caso de la educación médica, se realiza a partir de contenidos educativos basados en imaginarios y construcciones que se imparten a los estudiantes reafirmando el discurso patriarcal y machista cuando se trata de la salud de las mujeres.

3.2 LA CUESTION DE LA MUJER EN LA MEDICINA: EDUCACIÓN MÉDICA, GÉNERO Y DERECHOS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

En la dimensión institucional del modelo médico, como vimos anteriormente, la educación médica es uno de los pilares en la construcción de la institucionalidad, situada al mismo nivel del hospital y el consultorio como espacios significativos del ejercicio profesional. Para Eduardo Menéndez el proceso formativo médico es uno de los principales mecanismos de reproducción del modelo hegemónico, lo cual se debe principalmente a la eficacia en la reducción efectiva de los problemas de salud que afectan significativamente la mortalidad de la población (Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017).

“Como sabemos, una parte significativa del poder médico deviene del saber que han adquirido los facultativos a través de su formación universitaria y de su ejercicio profesional. Desde esta perspectiva, no sólo no cabe duda de que el médico sabe mucho más que la mayoría de sus pacientes y de otros tipos de curadores sobre de qué enferma y muere la población, si no que dicho saber es parte central de su poder” (Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017).

El poder circula y se reproduce a través de la educación y la formación de las y los médicos, pero la vigencia del modelo no cumple solamente con la función de reproducir el sistema hegemónico, por lo que es importante identificar otras dinámicas de poder que están atravesadas por el género y los derechos humanos. En el caso de los problemas de salud que más afectan a las mujeres y que se develan a partir de los estudios de género y la teoría feminista, la determinación social de la salud constituye una herramienta valiosa de análisis en el marco de la gobernanza y justicia reproductiva. Además, la construcción y reafirmación de la distorsión del cuerpo femenino al servicio del cuidado y la reproducción y el placer sexual como los principales roles en el patriarcado.

Desde la construcción de los textos médicos y los contenidos académicos, la ciencia médica construye el cuerpo de la mujer como un imaginario cargado del sesgo androcéntrico y lo presenta como distorsión anatómica del cuerpo masculino, para determinarlo como débil y defectuoso (Cabre i Paret & Salmón Muñiz, 2013). En realidad, ninguno de los órganos femeninos, como el útero, las mamas o el clítoris tienen una identidad anatómica y fisiológica propia, se presentan como versiones alteradas de los órganos masculinos y su

funcionamiento queda subsumido a las voluntades hormonales que los hacen poco confiables e inestables (Lawrence & Bendixen, 2013).

Los aportes de la medicina en función del patriarcado detallan la construcción de un imaginario científico de lo femenino, desde el cuerpo, el funcionamiento defectuoso, la variación distorsionada de la fisiología hormonal, en el marco de lo que sirve adecuadamente a los intereses del Estado y la iglesia como actores clave del orden social y cultural (Valls-Llobet, 2009). La ausencia del enfoque de género y derechos humanos en la educación médica, se traduce en modelos clínicos de atención y manejo de la salud que experimentan dificultades para las personas en el acceso a la salud integral, vulneran derechos e impactan negativamente en la salud. La construcción de un discurso científico indiscutible, sustentado en las evidencias en la voz de los médicos como principales autoridades académicas y sociales, son dos elementos trascendentales para entender como este discurso subyace en los criterios médicos y científicos que se oponen a la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos cuando de la sexualidad y reproducción se trata:

“Los médicos encabezaron los nuevos expertos. Con su pretendido conocimiento de toda la existencia biológica humana, fueron los primeros en dar su juicio sobre las consecuencias sociales de la anatomía femenina y en prescribir un plan de vida natural para las mujeres. Les siguió una horda de expertos especializados, cada grupo con la pretensión de dominar determinada área de las vidas femeninas y todos asegurando que su autoridad procedía directamente de la ciencia biológica” (Ehrenreich & English, 2010).

Los autores de los textos no sólo ratifican el imaginario cultural sobre las mujeres, pero lo certifican de forma científica, construyendo un discurso que reafirma la percepción de los cuerpos de las mujeres como defectuoso y enfermo, lo que influye directamente en la comprensión de los estudiantes asegurando la reproducción de un imaginario del cuerpo femenino como un territorio que hay que regular y controlar para que pueda servir a los intereses sociales. Desde las representaciones sobre la menstruación como enfermedad, el embarazo como un mecanismo de reproducción social y la sexualidad como un problema de salud pública se inscriben de forma permanente e irreversible en los estudiantes como arquetipos de la normalidad, como señala Susan Lawrence en su análisis sobre los textos de anatomía para la formación de médicos entre 1890-1989:

“El lenguaje y las ilustraciones anatómicas parecen ser transparentemente descriptivos, idealizaciones de la naturaleza, y, a la vez representaciones exactas de la misma. Los autores describían habitualmente las estructuras femeninas como variantes de las masculinas y las calificaban como más débiles, más pequeñas o menores que, sus homólogas masculinas” (Lawrence & Bendixen, 2013).

Estos ejemplos describen un modelo educativo y epistemológico médico cuyo principal objetivo es sostenerse y reproducirse en el tiempo como una herramienta de ejercicio del biopoder y que, al promover el sistema paternalista en la relación clínica, reafirma la inferioridad jerárquica del paciente.

Desde el enfoque de género, las construcciones de lo femenino, el cuerpo, la fisiología y finalmente la totalidad de la mujer como sujeto, quedan reducidos a los roles tradicionales de maternidad y cuidado siempre, al servicio de otros.

En un estudio realizado en el 2008 en la Universidad de los Andes en Colombia, el rol de la educación médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos frente a la salud sexual y reproductiva tiene un antecedente de barreras y resistencias que los usuarios perciben como factores determinantes en el acceso y garantía al derecho a la salud. El estudio señala que existe un factor de predisposición del personal médico frente al abordaje de la salud sexual y reproductiva, atravesado por elementos morales, sociales y políticos en un tema que se percibe como mayoritariamente polémico como es la sexualidad (Vargas, 2012).

En mi investigación para obtener el título de maestría, el análisis de la educación médica desde el enfoque de género, enfocado a las dinámicas del poder en la estructura jerárquica médica (García Dauder & Ruiz Trejo, 2021), me llevó a comprender la relación histórico-social en la evolución de la formación médica, con pocas variaciones de fondo en términos de los conocimientos esenciales para la carrera médica, y más bien de forma cuando se trata de los avances tecnológicos y científicos y su incorporación en los currículos universitarios.

“Las metodologías docentes en la historia de la formación médica, se relacionan estrechamente con el momento histórico en el que aparecen, por ejemplo, en el renacimiento, el movimiento humanista marca la profesión médica desde la inclusión de la filosofía como parte del currículum de los nuevos galenos. La enseñanza de la medicina en la antigüedad gira en torno a tres ejes fundamentales: El estudio de la anatomía humana, la botánica médica y la enseñanza clínica junto al lecho del enfermo” (Martínez Abarca, 2016).

En la actualidad y en esencia, el modelo médico educativo ha cambiado muy poco, si bien la educación médica atraviesa por un cambio de paradigma relacionado con las nuevas demandas sociales en las interacción médico-paciente y la incorporación de enfoques transversales e interseccionales como la determinación social, la epidemiología crítica y la transformación de los modelos clínicos de relación médico-paciente, los derechos humanos y la interculturalidad, el objetivo radica en la deconstrucción y transformación a la institucionalidad sanitaria, sus prácticas, políticas y sus profesionales(Martínez-Pérez et al., 2020).

Aún resulta difícil para la institución médica ceder sus históricos espacios de poder, aun cuando las normas universales que determinan muchas de las leyes a nivel local, responden a la necesidad del reconocimiento y garantía del derecho a la autonomía en la toma de decisiones, la confidencialidad e intimidad en el proceso de atención y el reconocimiento del paciente/usuario como sujeto. En el caso del enfoque de género y la salud de las mujeres de forma particular, el panorama es aún más complejo, a pesar de que hay más mujeres estudiando medicina y carreras sanitarias, la construcción médica del cuerpo femenino, el rol social reproductivo y el ejercicio efectivo del paternalismo médico que finalmente es machista y patriarcal, alternan su reproducción entre el currículo explícito como hemos visto a través de textos tradicionales de medicina y el currículo oculto a partir de la naturalización del discurso reproductivo y el cuidado como los roles a defender(UNESCO, 2018).

Diego Paz (Paz et al., 2020), investigador en temas de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, en su investigación sobre las políticas públicas en educación sexual integral en el Ecuador, analiza el rol del Estado en la construcción e implementación de la educación sexual como política pública, donde la regulación de la sexualidad atraviesa el ámbito educativo como una estrategia operativa del poder que profundiza las desigualdades entre hombres y mujeres, puesto que reafirma los roles sociales establecidos en discursos hegemónicos propios de sectores conservadores como por ejemplo la iglesia:

“El abordaje de la sexualidad se convierte en un asunto clave en la gestión de los Estados y las poblaciones, según Foucault, la sexualidad es el resultado de las relaciones sociales como relaciones de poder que se materializan en los discursos e instituciones y se encarnan en el cuerpo” (Paz et al., 2020).

En las investigaciones feministas y desde los estudios de género, la desigualdad de las mujeres en relación con los hombres empieza por la biología, un aspecto que trasciende a la medicina como hemos visto en la creación de una corporalidad médico-biológica que resulta en la reafirmación de la imperfección femenina y unos cuerpos imperfectos que solamente pueden servir para la reproducción y el placer. De aquí que el cuerpo y la sexualidad como principales territorios en disputa de las mujeres con el Estado, con la iglesia, con los hombres e incluso con ellas mismas y otras mujeres, en la salud y la medicina tiene una nueva dimensión de análisis, no resulta extraño encontrar que la literatura y las primeras investigaciones al respecto no provienen de la ciencia médica, que cómo hemos visto, no está lista para reconocer y reparar el sesgo androcéntrico y machista

que fundamenta casi la totalidad de su base epistemológica(García Dauder & Ruiz Trejo, 2021).

3.3 EL DEBATE DEL ABORTO EN LA MEDICINA: ETICA DEL CUIDADO VS EL ENFOQUE DE DERECHOS Y GÉNERO EN SALUD

En la literatura feminista en general y la literatura sobre la salud sexual y reproductiva en particular, los derechos sexuales y reproductivos llegan de forma irremediable a los debates sobre el aborto. La posibilidad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, los cuestionamientos al rol social de la maternidad y el mantenimiento de la familia sustentan en gran medida las luchas de las mujeres y los colectivos feministas en el Ecuador contra un aparataje social, político, religioso y médico en la primera mitad del siglo XX(Goetschel, 2021).

Durante este periodo y en relación con la salud sexual y reproductiva predominan los enfoques morales y religiosos como herramientas políticas en la definición de las primeras políticas públicas destinadas a la regulación y normativa de la reproducción y la sexualidad, donde las mujeres tenían poco o nada que decir. En los primeros decretos gubernamentales que guardan relación a la reproducción, la protección de la familia se construye como la principal herramienta de garantía de la reproducción social, una política poblacional destinada a combatir las altas tasas de mortalidad infantil de la época, en el marco de directrices provenientes de la iglesia que eran fácilmente sustentadas por la institución médica (Goetschel, 2021).

“En el Ecuador de la primera mitad del siglo XX se fue desarrollando un discurso que inscribía el aborto dentro de una política de población. No era el único y posiblemente no sería el dominante, pero había impregnado otros discursos como el de los juristas, médicos y de la Iglesia Católica. Las políticas de población responden a condiciones históricas, pero también se mezclan con las condiciones morales que vienen del pasado y superviven a largo plazo” (Goetschel, 2021).

La configuración de un discurso social y religioso determinó las posturas éticas de los médicos, en su mayoría hombres, estableciendo una regulación de la natalidad con fines netamente poblacionales, donde las mujeres no tenían ninguna participación. En el año 2019, penúltimo debate de reforma al Código Orgánico Integral Penal, donde se discutió la ampliación de causales de legalidad del aborto en Ecuador, incluyendo el incesto, violación y malformaciones congénitas incompatibles con la vida, es posible identificar la permanencia de este discurso histórico e rechazo al aborto, con especial énfasis en la imposibilidad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, incluso si sus vidas están en riesgo, el embarazo es producto de violencia o la calidad de vida del feto, esta vez con grupos claramente representativos de las posturas: los movimientos de mujeres y feministas y los movimientos *antiderechos* (Acosta & Aguilar, 2019).

La construcción inicial de este discurso forma parte de la historia política y jurídica del Ecuador donde podemos trazar una línea de tiempo que sitúa al aborto en las primeras legislaciones ecuatorianas del siglo XX, como la Constitución de 1938 que legaliza su práctica cuando la salud y vida de la mujer está en riesgo, argumento que se mantiene hasta el último debate que tuvo lugar en el 2021, en la ampliación de la causal violación. En todos los debates, tanto los de la primera

mitad del siglo XX como los actuales, las posturas a favor del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, la situación de violencia sexual, la erradicación del embarazo infantil y la maternidad forzada frente a aquellas que se oponen radicalmente; la medicina y su institucionalidad, juega un rol fundamental como fuente de argumentación científica, ética y de salud pública, pero también incluye voces más conservadoras alineadas con el discurso religioso frente a la autonomía de las mujeres y el derecho a la salud, operando a favor de los grupos anti derechos como una carta científica y académica que tiene mucha más legitimidad social. En el Ecuador, el marco del debate de despenalización y acceso al aborto, desde una perspectiva social, médica y de derechos humanos, está compuesto por el discurso religioso y conservador de siglo pasado, casi sin alteraciones fundamentales y que trasciende a las esferas más altas del poder político y de debate ciudadano.

En el patriarcado como sistema de ordenamiento social, político y científico, la sexualidad y la reproducción son considerados bienes sociales al servicio del mantenimiento poblacional; las mujeres no participan en la construcción de políticas públicas y tampoco son consideradas como sujetas de derechos en el ejercicio de la autonomía sobre sus cuerpos y decisiones de salud. Desde la sociedad se construye un discurso condenatorio a la sexualidad por fuera de los fines reproductivos y a las disidencias con respecto a la maternidad. La Iglesia castiga con dureza la práctica del aborto con expresiones condena de que generan persecución, no sólo hacia las mujeres que deciden abortar, pero también hacia las mujeres que acompañan realizan los abortos, este discurso,

alcanza a la medicina desde donde se promueve el cierre de la carrera de obstetricia y el acceso de las mujeres a la formación en ciencias de la salud, supuestos y prácticas que trascienden a los imaginarios que se identifican en los debates actuales donde los colectivos médicos aparecen como actores clave en las discusiones legislativas, académicas y a nivel de la sociedad. En el contexto de la operativización de la práctica médica en relación con la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres en Ecuador, estas posturas atraviesan los servicios de salud, generando barreras importantes en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva diferentes al aborto, por ejemplo, anticoncepción, educación integral para la sexualidad, prevención de violencia basada en género y abuso sexual entre otras.

Desde la institución médica la construcción del imaginario médico sobre los cuerpos de las mujeres y su rol reproductivo opera al servicio de las estructuras sociales y políticas en un país atravesado por preceptos morales y religiosos históricos que actualmente coexisten con leyes y políticas públicas que buscan mejorar la calidad de vida de las mujeres.

“...existió un campo de fuerzas en el debate sobre el aborto durante la primera mitad del siglo XX. Por un lado, están aquellos enfoques en los que se lo considera parte del problema de la natalidad y biopolítica, en cuyo caso el énfasis está puesto en el crecimiento de la población como el factor de la riqueza nacional que el aborto lo impide; posiciones morales que sustentan su conveniencia en la defensa del honor femenino y posturas religiosas católicas que, tajantemente lo miran como un crimen, parte de la inmoralidad y los vicios, y como afectación a la procreación y la natalidad” (Goetschel, 2021).

En este contexto, las discusiones sobre el aborto toman un protagonismo importante en los debates sobre políticas públicas en salud sexual, pero especialmente constituyen una de las principales demandas de autonomía y garantía de derechos por parte de los colectivos de mujeres y feministas en el Ecuador y que desde la institucionalidad médica los debates sobre sexualidad y reproducción demoran en llegar al terreno de los derechos, para la medicina se trata de un laberinto donde la moral religiosa se esconde tras un velo de ética médica que finalmente se mantiene alineada a los supuestos patriarcales que determinan el rol de cuidado y maternidad como valores sociales fundamentales a lo que las mujeres no pueden negarse.

Si bien profundizaré más adelante sobre la construcción de las resistencias médicas al debate del aborto y la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos desde una mirada bioética y de género, es indispensable acercarnos al análisis ético y filosófico como un nuevo terreno en disputa, donde la teoría feminista y los estudios de género, cuestionan la institucionalidad médica como una herramienta operativa del patriarcado que profundiza las desigualdades entre hombre y mujeres, la objetivación del cuerpo femenino como un instrumento reproductivo social y la maternidad como rol fundamental que se protege a partir de la medicina.

Desde la reflexión filosófica de la ética como una herramienta de comportamiento social, la situación de desventaja de las mujeres se vuelve nuevamente un asunto fundamental para entender los mecanismos operativos del patriarcado en general

y la medicina en particular cuando se trata de la normativa y regulación de aspectos éticos tan relevantes como la autonomía, la libertad y las consecuencias morales que tiene, para las mujeres especialmente, el ejercicio de las mismas por fuera de lo socialmente establecido en lo que respecta a sus cuerpos particularmente.

Susan Sherwin pone sobre la mesa la importancia del enfoque feminista y de género en el análisis ético de la situación de las mujeres y de las lecturas morales que determinan conductas y comportamientos que obedecen a una moral más bien patriarcal y masculina. Desde el abordaje deontológico de Kant, una ética más bien principialista que no contempla situaciones específicas del contexto de las acciones y que tampoco se orientan a los resultados, puesto que contemplan leyes morales que deben cumplirse como máximas, independientemente del resultado que produzcan (Sherwin, 1996). En este sentido, si bien los enfoques tradicionales de la ética ya sean deontológicos o teleológicos, pueden emplearse para debatir o analizar los grandes dilemas bioéticos actuales como la eutanasia o la clonación; siempre entran en debate con principios considerados como fundamentales como la vida o la dignidad, que mantienen una reflexión desde la neutralidad ética en base al peso del mandato moral.

En el caso de las mujeres ninguna de las posturas éticas tradicionales funciona como una herramienta válida de toma de decisiones puesto que, si no contempla las circunstancias, contexto o consecuencias, no podrá identificar las condiciones de opresión y desigualdad a las que están sometidas las mujeres históricamente

y que solamente se vuelven visibles y cuestionables a través de los lentes de género y las reflexiones desde la teoría feminista(Sherwin, 1996).

La bioética, vista como herramienta institucional médica, en las reflexiones técnicas y científicas que buscamos analizar dentro de los objetivos esta investigación aporta con contenido por lo que es indispensable y pertinente ya que atraviesa esta investigación, como elemento metodológico en el análisis de la información.

“En resumen, la bioética instauro una ética de responsabilidad abierta, capaz de evaluar los riesgos, los costes, y los beneficios. Se hace eco de la necesidad de fijar normas que respeten al ser humano y al ambiente, frente a un poderío tecnológico de consecuencias inquietantes. Y aspira a conseguir regulaciones participativas y consensuadas en momentos de incertidumbre frente a nuevos problemas”(Sánchez, 2021).

El reconocimiento del poder tecnológico y científico y la necesidad de construir y generar herramientas de protección para la humanidad para equilibrar las desigualdades y transgresiones desde el poder, interseccionan nuevamente con las reflexiones desde el género y la ciencia médica, donde el lugar de las mujeres, las luchas y demandas tiene un espacio cada más importante y decisivo. Las primeras voces teóricas de la ciencias, como en la mayoría de disciplinas en este campo son masculinas, por lo que las discusiones y planteamientos se sitúan en el mismo centro del sistema patriarcal y machista, aun cuando incluyen temas relacionados a la sexualidad y la reproducción, como por ejemplo el aborto y la reproducción asistida, el sesgo androcéntrico y de género que incorpore una

mirada desde la realidad y vivencia de las mujeres, es decir la necesidad de una nueva propuesta epistemológica de la bioética: bioética feminista.

En la actualidad surgen cada vez más aproximaciones y cuestionamientos feministas en la bioética, incluso hasta plantear una nueva corriente teórica que se reconoce como una de las más completas dentro de las variantes existentes y claramente patriarcales: la ética del cuidado, la ética de la virtud, la casuística y la ética principialista (Sánchez, 2021).

En la medicina, la bioética y los cuestionamientos tradicionales a los modelos clínicos, el respeto a la autonomía y la garantía de los derechos de los pacientes, tiene una historia más bien accidentada, desde su nacimiento, haciéndose eco de la condena universal a los abusos cometidos en nombre de la ciencia y la medicina durante la segunda guerra mundial, podría parecer que desde sus inicios, no fue bien recibida y mucho menos aplicada de forma inmediata, en la investigación por ejemplo, fue necesario que exista un respaldo institucional y del estado que establezca normas y regulaciones que de cierta forma puedan velar por la calidad ética de la investigación; pero no sin antes contar con importante historial de investigaciones escandalosas, cuyas principales características incluían el trabajo con niños discapacitados, minorías raciales, huérfanos, mujeres embarazadas, entre otros que, en la actualidad constituyen las poblaciones vulnerables que se encuentran bajo normas y principios bioéticos que los protegen de los abusos frecuentes de la ciencia y tecnología (Sánchez, 2021).

Desde las reflexiones teóricas de la ética tradicional, la teoría kantiana del imperativo categórico, la importancia y sustancialidad del principio ético como comando central en las acciones morales individuales al margen de las circunstancias y el contexto particular y por otro lado la propuesta teleológica que se enfoca en el resultado o la consecuencia, constituyen la estructura sustancial del pensamiento ético contemporáneo, modelando las reflexiones, acciones y posturas desde las ciencias de la vida en general y la medicina en particular frente a los grandes debates éticos como es el caso de la eutanasia, el aborto, la clonación o la reproducción asistida.

En los debates de la bioética actual, los cuestionamientos al modelo de relación clínica y el cumplimiento de los principios bioéticos universales se han mantenido neutrales a los cuestionamientos del género y la teoría feminista, a pesar de que existen coincidencias con relación a la asimetría en las relaciones de poder y la vulneración al principio de autonomía y libertad en la toma de decisiones. Si bien la bioética moderna cuestiona el paternalismo médico tradicional, las desigualdades e inequidades de género se diluyen cuando se analiza al paciente de forma general. Solamente una mirada mucho más profunda y desde la mirada de género, devela las desigualdades entre hombres y mujeres cuando de la salud se trata. Es importante recalcar que este es un nuevo acercamiento a la bioética y su modelo tradicional de análisis y debate.

Los enfoques tradicionales de la bioética se caracterizan por mantenerse neutrales a las circunstancias y el contexto de los debates más polémicos, como

es el caso del acceso a la eutanasia y más recientemente en Latinoamérica la despenalización del aborto, esta neutralidad filosófica ha sido ampliamente cuestionada por las filósofas feministas en general y expertas en bioética en particular. Susan Sherwin en 1992 (Sherwin, 1992), propone un nuevo enfoque a las teorías tradicionales como la deontología kantiana basada en los principios o el consecuencialismo de Stuart-Mill, ambos sustanciales en la epistemología ética universal que se mantiene vigente, pero que, desde su análisis, no considera elementos fundamentales en los debates que atraviesan a las mujeres en particular como es el caso de la sexualidad y la reproducción. Para Sherwin, la neutralidad histórica de la ética constituye una forma más de reproducción patriarcal que atraviesa las humanidades y también las ciencias de la vida donde la bioética tiene un rol sustancial en los debates y reflexiones que afectan a las mujeres:

“En su mayoría, quienes se especializan en bioética se comportan como si su campo tuviera efectos neutros sobre la opresión y se encargara solo de cuestiones alejadas de aquellas que competen a las feministas. Con excepción de algunos cuantos temas que es evidente que afectan a las mujeres de manera distinta que a los hombres (en particular el aborto y las nuevas tecnologías reproductivas), la mayoría de los y las especialistas da por sentado que su trabajo no tiene impacto de género”(Sherwin, 2014b).

En el debate sobre el aborto, la neutralidad ética ha resultado un argumento potente para la institución médica, que como hemos visto, se inclina más hacia posturas conservadoras. Si bien existen avances en otros temas polémicos como la eutanasia y los cuidados paliativos, el aborto, la reproducción asistida e incluso

la anticoncepción se mantienen como tabúes permanentes donde resulta cada vez más difícil incidir. Podríamos decir que para la medicina, los cuestionamientos tradicionales de la bioética moderna, como por ejemplo la asimetría en la relación clínica, el paternalismo médico que se opone al principio fundamental de autonomía y las críticas más recientes a la justicia sanitaria como una alternativa a la privatización de salud y los problemas en el acceso al cuidado y la tecnología médica; han producido un distanciamiento consciente, una resistencia estructural de la medicina a ser cuestionada desde su centro. Sin embargo, cuando cambia la mirada, y la interpelación se produce desde las mujeres, filósofas, médicas o bioeticistas, el análisis de género y derechos humanos toma un nuevo giro, que como suele suceder con las incursiones feministas y de mujeres en las epistemologías tradicionales, sacude los cimientos más profundos del pensamiento universal y sus efectos en las vidas y los cuerpos de las mujeres.

En el camino que conlleva la realización de esta investigación, las reflexiones desde la bioética tradicional frente al proceso de despenalización del aborto en el debate durante 2021 aparecen como parte central en la formulación de una postura institucional de la medicina como actor político, científico y social, que tiene un papel definitivo cuando opera al servicio del sistema patriarcal y conservador que se opone a la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres. Por lo tanto, los cuestionamientos al sistema de regulación y disciplinamiento de la sexualidad, reproducción y los cuerpos de las mujeres deben incluir a la bioética como un instrumento transversal de análisis, especialmente frente a la premisa tradicional que promueve un enfoque neutral

de la bioética frente a debates que claramente afectan de forma especial y permanente a las mujeres en relación con los hombres y demás diversidades, pero además es importante señalar que los enfoques tradicionales de la teoría ética sitúan a las mujeres como agentes morales inferiores, incapaces o renuentes a formular juicios éticos racionales. Una postura neutral invisibiliza la situación estructural de desigualdad y violencia en las ciencias de la vida y la medicina, además de legitimar y reproducir los discursos conservadores que se oponen a los derechos humanos.

“Desde una perspectiva feminista, uno puede ver claramente el significado de la situación social de las personas para las deliberaciones morales. En lugar del agente aislado, independiente y racional de la teoría moral tradicional, la ética feminista apela a una noción más realista y políticamente exacta de un ser que se construye socialmente, que es complejo y que se define dentro del contexto de las relaciones con los otros. El análisis moral necesita examinar a las personas y su comportamiento dentro del contexto de las relaciones y la experiencia políticas, pero, hasta ahora, esta dimensión ha faltado en la mayoría de los debates éticos” (Sherwin, 2014b).

En las discusiones regionales que conforman los debates en torno a la despenalización del aborto y la transversalización de los derechos humanos en la salud, el rol de la institución médica ha sido fundamental como un agente político en favor de las estructuras conservadoras y el discurso que se opone a la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos. En el caso ecuatoriano, estas posturas sobre la discrecionalidad ética por parte de los profesionales de la salud alcanzan la dimensión de la relación clínica en la atención directa a las mujeres que requieren procesos de aborto o acuden buscando atención por

complicaciones, la violación a la confidencialidad y ruptura del secreto profesional, permitió a los profesionales convertirse en agentes punitivos frente a las decisiones reproductivas de las mujeres en relación al aborto, generando casos de judicialización, donde los hospitales y servicios fueron, para muchas mujeres, las puertas a la cárcel.

“El supuesto “deber” de los profesionales de la salud de presentar denuncias penales, aunque esto sea ilegal, crea una doble barrera. Por un lado, desalienta a las mujeres y niñas de acceder a servicios de aborto o a la atención post-aborto, o a la asistencia médica por complicaciones obstétricas durante el embarazo.

De la documentación disponible de los 148 casos revisados por Human Rights Watch, se incluyen registros de declaraciones realizadas por funcionarios de salud o policías y decisiones judiciales que reflejan estas actitudes negativas y sentenciosas hacia el aborto. La imposición de penas que obligan a recibir terapia psicológica y prestar servicios comunitarios en orfanatos o centros infantiles, en ocasiones también refleja tales actitudes”(Human Rights Whatch, 2021).

La reproducción de la premisa que establece que la maternidad es un rol social que compete a la comunidad como herramienta de reproducción, donde la mujer se construye como un sujeto pasivo al margen de su cuerpo y las consecuencias que esto implica, por ejemplo, maternidades forzadas, violencia sexual, violencia obstétrica, etc. Adicionalmente, cuando profundizamos la lectura feminista a la teoría ética tradicional, que sigue vigente en el pensamiento kantiano que atraviesa a la escuela deontológica de los principios; las mujeres no existen como agentes morales, reproduciendo la desigualdad incluso frente a la capacidad de tomar decisiones de forma racional.

Por lo tanto, el análisis integral y profundo planteado desde una teoría feminista y de género, propone no sólo develar los alcances del pensamiento machista y patriarcal que atraviesan las ciencias en la actualidad, pero además reconocer y criticar el lugar y papel impuesto a las mujeres, incluso cuando se trata de las decisiones más elementales y relevantes sobre sus vidas y sus cuerpos. Los cuestionamientos feministas a la medicina y al rol político en la construcción e implementación de políticas públicas destinadas a mantener el control sobre los cuerpos, la sexualidad y la reproducción “en nombre de la ciencia”, aun no alcanzan las bases estructurales del pensamiento médico y científico, aún existe una estructura patriarcal muy fuerte que se resiste a ser cuestionada y mucho más a deconstruirse y reformarse, una razón más para reafirmar la importancia y pertinencia de esta investigación.

De acuerdo con Ana Maria Goetschel, historiadora y académica feminista, la disputa de las mujeres por la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos en Ecuador inicia en el siglo XX con políticas estatales orientadas a la protección de la maternidad, lo cual aparece como derecho social tan temprano como en la primera mitad del siglo XX, por lo que el reconocimiento del rol de las mujeres en la ampliación poblacional se convirtió en una política de importancia nacional. En este contexto, el rol social de las mujeres en las políticas públicas de principios del siglo pasado se constituye como una reafirmación del cuidado, trabajo doméstico y la maternidad como valores culturales que las políticas estatales tenían que sostener.(Goetschel et al., 2020)

Desde una mirada histórica y feminista, la relación de las mujeres con el estado está atravesada por construcciones sociales patriarcales y machistas sobre lo femenino, mientras la maternidad y el cuidado son bienes sociales que entran en las estrategias políticas de protección y derechos, donde las mujeres son sujetas pasivas en la toma de decisiones políticas y sobre sus cuerpos. Por otro lado, la sexualidad se discute a partir de la necesidad de control de la prostitución, lo que da origen a las primeras políticas sanitarias de prevención de enfermedades de transmisión sexual, no, así como una antesala de la garantía derechos o libertades para las mujeres en el país. Según Goetschel, las construcciones culturales sobre las mujeres en el Ecuador de inicios del siglo XX determinan la polaridad de un debate que se mantiene hasta la actualidad y se fundamentan aún, en los dos roles históricos de las mujeres: Las madres abnegadas y el rol del cuidado y las putas disidentes y la sexualidad problemática, donde las primeras debían ser protegidas por el Estado a través de políticas públicas, mientras que las otras necesitaban vigilancia y regulación (Goetschel et al., 2020).

Este resulta ser un escenario bastante propicio para que los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción atravesen distintas esferas de la sociedad incluida la institucionalidad médica que, como vemos opera bajo un modelo hegemónico que sirve y responde a los intereses del sistema patriarcal.

4 METODOLOGÍA

A lo largo de mi formación en estudios de género y como médica general, mis reflexiones y cuestionamientos sobre la salud y el género fueron posicionándose como un tema urgente desde las epistemologías feministas y su aterrizaje en la salud, la medicina en relación con los cuerpos, vivencias y situación de las mujeres. En mi formación como médica, la invisibilidad de las mujeres, su anulación como sujetas en el proceso clínico y la fortaleza del modelo médico hegemónico y el paternalismo clínico, juegan un rol fundamental que no es evidente al interior del sistema médico, por lo que su cuestionamiento y transformación se vuelven mucho más difíciles, siendo la docencia médica uno de los principales espacios que, en mi caso se volvió determinante como plataforma de cuestionamiento y reflexión sobre los modelos tradicionales de la relación clínica, la incidencia en la reproducción y naturalización de prácticas machistas, misóginas y violentas en relación con la salud de las mujeres y como en el sistema médico existen barreras y resistencias en la implementación de políticas públicas y programas destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres (García Dauder & Ruiz Trejo, 2021).

En las reflexiones desde la teoría feminista, el cuestionamiento del poder en los cuerpos de las mujeres es un tema central. Desde el ejercicio de la sexualidad, el cuestionamiento al rol reproductivo como uno de los elementos centrales del

control de los cuerpos y que se constituye, desde la teoría feminista y los estudios de género, en uno de los espacios centrales de construcción epistemológica e investigación, porque es, sin lugar a duda un espacio en disputa:

“La mujer existe a partir de alguna de las definiciones de su condición histórica, de ahí que su espacio es opresivo porque el contenido de la existencia no ha sido decidido por las mujeres, tampoco ha sido decidido por los hombres de manera voluntaria, sino por las necesidades de la sociedad patriarcal y clasista, y porque al existir las mujeres son oprimidas” (Lagarde y de los Ríos, 2011).

En este marco, si bien los estudios de género y la teoría feminista cuestionan la construcción patriarcal del cuerpo de las mujeres, el control desde la sexualidad y la reproducción como elementos violentos y opresivos que atraviesan las autonomías y libertades esenciales, las reflexiones y discusiones en la salud integral como objetivo y la medicina como herramienta no llegan a ser debatidas, mucho menos desde adentro.

Es así como, desde mi formación médica y de género, me pregunto de forma permanente desde mis espacios como mujer y médica, el camino frente a la responsabilidad intrínseca desde el activismo académico feminista de transversalizar el género en la salud y la medicina; la necesidad de cuestionar desde adentro mi profesión y su relación con el cuerpo de la mujer y cómo estas reflexiones me atraviesan desde lo profesional, personal, político y ciudadano. A partir de las discusiones desde la garantía de derechos, la aplicación de los principios bioéticos en el ejercicio y vivencia de la medicina, mis reflexiones se concentran en uno de los temas centrales, donde todos estos elementos

convergen desde la interseccionalidad: el aborto como reivindicación de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo y la operación médica como herramienta patriarcal de ejercicio del biopoder(Esteban, 2004).

Cuando empecé a pensar en esta investigación, estaba claro desde el inicio que los métodos tradicionales de la investigación en salud no serían suficientes, especialmente si el objetivo principal es analizar las construcciones, percepciones e imaginarios que componen la cultura médica. Estaba claro, además, que la referencia al desarrollo de un habitus médico en relación con los cuerpos, sexualidad y reproducción de las mujeres, su relación con el ejercicio de la autonomía y derechos humanos no podía abordarse desde una metodología tradicional de investigación cuantitativa o incluso las metodologías más frecuentes de los estudios cualitativos propios de las ciencias sociales.

Mi primer acercamiento a la investigación cualitativa y de género durante mi investigación de maestría fue determinante para una transformación de lo que hasta ese entonces eran mis antecedentes epistemológicos médicos predominantemente cuantitativos(Hancock, 2007). Estas reflexiones me llevaron a buscar investigaciones en salud que se enfoquen en las condiciones históricas, culturales y conductuales de la medicina, los hallazgos en su mayoría resultaron bastante superficiales e insuficientes, especialmente por la falta de una mirada de género en relación con la situación de las mujeres y sus vivencias frente al poder y hegemonía de los modelos biomédicos. Luego de finalizar mi investigación de maestría, se hizo claro que las características que se develaron sobre la

estructura de la educación médica en la reproducción del modelo médico hegemónico y que son inamovibles, impiden que pueda cuestionarse desde adentro, de ahí que pretender mirar a la medicina desde y como una ciencia social es un ejercicio de disidencia que resulta peligroso cuando se es parte de aquello que se cuestiona.

Las críticas al modelo médico no son nuevas, desde los años sesenta ya aparecen los primeros cuestionamientos a la biomedicina a partir de la creciente medicalización de los aspectos más naturales de la cotidianidad, el incremento en el gasto sanitario y a los modelos de relacionamiento médico-paciente basados en relaciones asimétricas y excluyentes. En los múltiples debates entre quienes defienden el modelo hegemónico, tradicional y vigente en la mayoría de los países a nivel mundial, y quienes lo cuestionan, el punto de partida está en el reconocimiento general de las condiciones estructurales del modelo y la aceptación parcial por los defensores de aspectos “modificables” que no se llegan a establecer como falencias, pero más bien como debilidades transitorias que según consideran, se irán solucionando solas; me voy a concentrar en las que aparecen como aspectos fundamentales para establecer una relación entre este modelo y su relación con los aspectos de salud de las mujeres (E. Menéndez, 2020; E. L. Menéndez, 1998). Eduardo Menéndez identifica una serie de características propias del Modelo Médico hegemónico (MMH) en el contexto de los países capitalistas más desarrollados sin embargo en Latinoamérica, por

ejemplo, el modelo se reproduce casi en su totalidad aun cuando las condiciones socioeconómicas y de desarrollo tecnológico-científico son siempre adversas:

“...g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; k) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; l) relación médico/paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión; n) concepción del paciente como ignorante; o) inducción de la participación subordinada y pasiva del paciente como consumidor de acciones de salud; p) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico...”(E. L. Menéndez, 1998).

En las características, he seleccionado aquellas donde los aspectos de género subyacen a la construcción del paciente como un elemento pasivo casi nulo en la dinámica medicina-personas, pero en la descripción es muy probable que el modelo de paciente sea masculino. Cuando Carme Valls (Valls-Llobet, 2020), se refiere a que las mujeres nos mantenemos invisibles para la medicina, incluso en el análisis histórico de las contradicciones y disfunciones de la medicina como modelo social institucionalizado, la invisibilidad se mantiene y toma una dimensión mucho más amplia y profunda, especialmente porque se mantiene al paciente como una categoría única y general, donde el género no se considera y se mantiene como elemento pasivo del engranaje medicina-sociedad, pero que no considera las condiciones históricas de subordinación y anulación de las mujeres como sujetos activos de la sociedad. Es decir, reconoce una disfuncionalidad del sistema, pero de forma unificada, diluyendo la condición desigual de las mujeres propia del sistema androcéntrico del patriarcado.

“El cuerpo de las mujeres ha sufrido muchos procesos a lo largo de la historia y ha sido considerado de muy diversas formas. Un cuerpo regido siempre por normas que no han decidido las mujeres; un cuerpo construido por la mirada y la decisión del Otro, encargado de normativizar a las mujeres, de decirles cómo han de ser, cómo han de vestir, cómo han de estar. Este proceso conduce a muchas mujeres al extrañamiento de su propio cuerpo como si ya no fuera suyo, porque muchos intereses están decidiendo en él”(Valls-Lobet, 2020).

Investigar sobre salud y medicina es una cosa, pero investigar a las y los médicos, sus subjetividades, entramados discursivos y culturales es otra completamente diferente. Por lo tanto, es importante reconocer que la ciencia médica es exitosa en la investigación “puertas afuera” de los fenómenos que afectan a las salud de las personas, pero si hablamos de cuestionarnos, investigarnos a nosotros mismos como médicos y nuestro sistema, esta búsqueda se siente como una pequeña traición que rompe con los imaginarios programados en la formación profesional como médicos y médicas; un planteamiento casi contra natura si consideramos la infalibilidad de la profesión médica que hemos descrito al hablar de la historia médica, estos elementos se profundizan si el cuestionamiento se propone desde los estudios de género y la teoría feminista:

“La producción de una nueva forma feminista de conocer y pensar no se refiere únicamente a la idea de teorizar las desigualdades de género. Lejos de ello, la idea central es que la actual racionalidad científica está completamente sesgada genéricamente, dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino”(Castro & Bronfman, 1998).

Repensar la producción del conocimiento, desde la teoría feminista implica reflejar la propuesta de transformación social desde una realidad de opresión a las

mujeres, incluida la producción de conocimiento, investigación y tecnología; hacia un mundo donde las condiciones sean mucho más favorables en igualdad y equidad. Es lógico entonces que, si la ciencia es un reflejo de la sociedad, las sociedades machistas y patriarcales, producirán ciencia machista y patriarcal.

Descubrir la sociología médica como una herramienta metodológica y que potencia el análisis teórico feminista y de género, significa un antes y un después para la investigación feminista en la ciencia en general y la medicina en particular; ahondar en las construcciones y supuestos médicos que giran en torno a los temas fundamentales en las asimetrías y desigualdades de las mujeres en el espacio de su salud es una de los principales desafíos que abre un campo epistemológico de la teoría feminista que busca contrastar los conceptos de género, patriarcado y feminismo con los conceptos científicos de salud y medicina (Benach, 2020; Junge et al., 2021).

En este contexto, he realizado una investigación cualitativa, desde la metodología basada en narrativas que permite la aplicación de la teoría feminista y la sociología médica como una nueva aproximación epistemológica para generar nuevo conocimiento en relación a los supuestos médicos sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y la bioética desde la mirada del género; en relación con el nuevo paradigma de la teoría feminista en la ciencia aplicada a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador en relación a la inclusión del enfoque de género en la educación médica y el debate sobre el acceso al aborto en casos de violación:

“Este nuevo paradigma feminista nos forzaría a reinterpretar todo nuestro conocimiento actual, en otros términos, y nos permitiría dirigir nuestra atención hacia los dominios del todo inexplorados desde el punto de vista de la ciencia masculina. Desde el punto de vista de la teoría feminista del conocimiento, esa es la promesa y la esperanza” (Castro & Bronfman, 1998).

Esta investigación no se enfoca en los problemas tradicionales que preocupan a la ciencia médica, no hablaremos de las dicotomías salud-enfermedad desde los enfoques tradicionales que se valen de análisis cuantitativos epidemiológicos. Propongo una mirada hacia las subjetividades del sistema médico tradicional, desde la sociología médica, que permite problematizar las aproximaciones desde la medicina frente a los problemas relacionados con la salud y los derechos humanos y los principios bioéticos en la salud de las mujeres desde la mirada de género, derechos humanos y bioética (Martínez-Pérez et al., 2019).

Para las mujeres, el acceso efectivo a la salud está determinado históricamente por las construcciones subjetivas sobre sus cuerpos, la reafirmación del rol reproductivo y la objetivación de la sexualidad como una función externa que sirve al placer del otro. La sociología médica desde el nuevo enfoque de género e interseccionalidad incluye una nueva mirada a la forma como se ha manejado la salud de las mujeres en relación con una condición de sumisión al poder médico que opera dentro del sistema patriarcal, por lo que la investigación sobre la formación y construcción del saber médico, desde el feminismo es indispensable para construir nuevo conocimiento y cambiar paradigmas relacionado con la salud de las mujeres:

“Es en el análisis del saber médico donde la capacidad analítica de la teoría feminista resulta más prometedora, toda vez que dichos análisis tienden a desenmascarar el papel que la ideología y el conocimiento juegan en la creación y recreación de las estructuras de dominación que oprimen a las mujeres...”(Castro & Bronfman, 1998).

En la primera etapa de realización de esta investigación, la revisión bibliográfica se desarrolló en base a identificación de los marcos conceptuales y teóricos en torno a los principales elementos analíticos que componen este trabajo. Inicia en las aproximaciones feministas a la historia de la medicina y la búsqueda de las primeras construcciones e imaginarios médicos con respecto a las mujeres, sus cuerpos y los mecanismos de control que son más evidentes en la sexualidad y la reproducción y que se traducen en tradiciones deontológicas de la práctica médica que se mantiene vigente. La revisión avanza el análisis de la institucionalización del modelo médico hegemónico, sus variantes operativas a partir de los distintos modelos de relación médico-paciente desde la sociología médica como herramienta de análisis y cuestionamiento, donde las dinámicas de poder-jerarquía y control se concretan en las distintas formas de relacionamiento profesión-sociedad. Finalmente aterrizaremos el análisis en las construcciones de los supuestos médicos en relación con la salud sexual y reproductiva cuando se debate el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación y las tensiones que se producen ante la propuesta de transversalización del enfoque de género, derechos humanos y bioética en la formación de profesionales de la salud.

4.1 CÓMO NACIO ESTA INVESTIGACIÓN

Luego de terminar la investigación de maestría, la necesidad de continuar con la investigación en temas de género y salud se mantuvo al tiempo en que comencé a dictar la cátedra de bioética en la facultad de medicina de una universidad privada. En uno de los primeros capítulos del libro de Bioética en Ciencias de la Salud de Miguel Ángel Sánchez, el autor español se refiere al origen de la bioética como una herramienta de cuestionamiento y control de los avances de las ciencias de la vida y su relación con las personas, hace varias referencias a los avances tecnológicos de la medicina durante los experimentos de la segunda guerra mundial y posteriormente el florecimiento de la investigación clínica profesional durante la etapa de la postguerra (Sánchez, 2021).

A partir del nacimiento de la bioética como disciplina a finales de 1970, la relación entre los códigos de conducta y profesionalismo médico toman una nueva dimensión que empieza por cuestionarse la función de la medicina, la relación de los profesionales con los ciudadanos en el contexto de las relaciones clínicas y el rol social (y de poder) de la ciencia, en el marco de la incorporación del lenguaje de derechos humanos, donde la salud es fundamental:

“En la segunda mitad del siglo XX han aparecido nuevos problemas y nuevas situaciones problemáticas que ya no pueden resolverse enteramente con los códigos profesionales. Podemos pensar que la ética elaborada desde dentro de la profesión pudo llegar hasta un cierto punto. Pero recientemente han aparecido nuevos principios y valores. El modelo médico tradicional ha sufrido grandes cambios, como resultado de fuerzas que han tenido su origen fuera de la profesión. De modo que la fuente de iniciativas para el desarrollo de la ética médica parece

estar ampliándose, trasladándose desde la profesión hacia la sociedad en su conjunto. En este contexto puede entenderse el movimiento interdisciplinario de la bioética”(Sánchez, 2021).

En este nuevo contexto, una de las fuerzas a las que se refiere Sánchez claramente es el feminismo, lo que se demuestra en la incorporación de los temas de género y derechos humanos en la última edición de su libro *Bioética en Ciencias de la Salud del 2021*, llevando los debates bioéticos fuera de la profesión, extendiendo un puente, cada vez más fuerte, con elementos teóricos y epistemológicos que se limitaban a las ciencias sociales como por ejemplo el concepto de género, la relación con la sexualidad y las reflexiones éticas en el contexto de las diversidades, los derechos y los debates que se generan con la ciencia médica y la salud en sus miradas más tradicionales. Este acercamiento teórico, constituye una puerta de entrada para la deconstrucción del modelo médico hegemónico a partir de un nuevo paradigma sanitario y social, que pasa por la medicina y los profesionales llevándolos hacia una reflexión interna, que construye a los sujetos desde la autonomía y los derechos como una disidencia del biopoder.

Este descubrimiento fue posible, y mucho más evidente, cuando desde la bioética había que discutir el problema del aborto en Ecuador en el contexto de la educación médica. En mi formación médica personal, el abordaje de la bioética nunca fue explícito, la asignatura fue de humanidades médicas y no recuerdo un abordaje teórico explícito, eran más bien experiencias y vivencias desde la mirada del docente que por su puesto tenían un fuerte sesgo de género y de paternalismo

que, como hemos visto, son ejes transversales en la profesión (Esteban, 2004). Ya como docente, y con la convicción de que la nobleza epistemológica de la bioética permitiría una discusión amplia y profunda sobre temas centrales en la relación del género con la salud, empecé, aun sin saberlo a construir lo que más tarde se transformaría en esta investigación y un proyecto profesional y de vida. En el 2019, y cuando el plan de investigación debía tomar forma, me había planteado investigar sobre la transversalización de género y derechos humanos en la educación médica, ese era el plan, aunque estaba por definirse cuál sería el detonante epistemológico y teórico que sellaría la pertinencia de una investigación disidente, activista y profundamente reveladora sobre una historia de la medicina vista desde la teoría feminista, los lentes de género y la práctica cotidiana de los derechos humanos en salud. Este proceso resultó revelador a medida que, en las clases de bioética en el pregrado de la carrera de medicina, junto con los estudiantes íbamos aprendiendo y desaprendiendo sobre aquello que, desde las vivencias, creencias y mitos sobre la profesión, se producen encuentros y desencuentros con el ideal médico, la realidad y la necesidad de deconstruirnos y pensarnos desde nuevas miradas.

4.2 TRABAJO DE CAMPO EN PANDEMIA

En la construcción del proyecto de investigación, siempre tuve claro que no podría aplicar metodologías tradicionales si mi búsqueda se enfocaba en las percepciones, historias e imaginarios de los médicos en los contextos de la relación médico-paciente, la práctica profesional con lo que parece evidente, se

considera natural y que por lo tanto no ha sido poco cuestionado en Ecuador y la región.

Durante mi investigación de maestría, investigando sobre la educación médica, hablar con las y los profesionales sobre el tema siempre desató una avalancha de sentimientos, encuentros y desencuentros cuando se analiza un proceso al que uno, como estudiante permanente, le profesa una fidelidad casi absoluta. Para las mujeres médicas, este es un momento altamente conflictivo, por que vernos inmersas en la estructura médica, muchas veces implica desconocer nuestras condiciones de desigualdad e inequidad en el sistema médico patriarcal. Al finalizar la investigación, quedaba claro que el siguiente paso sería analizar las implicaciones patriarcales en la práctica médica, sus discursos y representaciones en relación con la atención, acceso y garantía del derecho a la salud de las mujeres en general y a la salud sexual y reproductiva en particular.

Como médica joven, mis primeros trabajos se desarrollaron trabajando en temas de salud sexual y reproductiva de las mujeres, identificar las principales barreras de acceso, distribución de recursos y la construcción e implementación de políticas públicas destinadas a reducir la mortalidad materna, la violencia basada en género y más recientemente, los embarazos infantiles y adolescentes en el Ecuador.

Inicié mi investigación doctoral como la continuación de la investigación de maestría que me había llevado a identificar las prácticas violentas en la educación médica en la que fui formada, analizar la pertinencia de la transversalización del

enfoque de género como un punto de partida fundamental para pensar en transformar una estructura educativa tradicionalmente patriarcal que atraviesa a los nuevos profesionales en salud, pero que además los violenta de forma permanente (Martínez Abarca, 2016). Desde el principio, el objetivo de la investigación me llevaría a conversar con colegas médicos y médicas dedicados a la actividad docente y a la recopilación de sus historias y narrativas en relación con subjetividades relacionadas con el género, los derechos humanos y la bioética en la práctica médica y la docencia como uno de estos espacios.

Investigar sobre violencia en educación médica universitaria representó un reto, las universidades y en los acercamientos a los profesionales de la salud. En este trabajo las resistencias fueron mucho más profundas, en el marco de las restricciones propias del periodo de pandemia como la imposibilidad de desarrollar encuentros presenciales debido a las condiciones de distanciamiento social y confinamiento que fueron permanentes durante el 2020 y 2021, tiempos planificados para la recolección de las narrativas y el análisis de la información. Lo cual devino en la necesidad de replantear el trabajo general de la investigación, la metodología y los tiempos de trabajo.

Tabla 3 Plan de Trabajo

Ejes de análisis	Objetivos	Fases del trabajo de campo/técnicas utilizadas	Participantes
Género y Derechos Humanos en la educación médica	Narrativas de lxs profesionales sobre DDSSyRR	Grupos focales (junio 2021- enero2022)	Profesionales de la medicina perfil mixto (Clínico y docente)
Género y Derechos Humanos en la relación médico-paciente (Clínica)	Posiciones de profesionales sobre aborto	Entrevistas (marzo2021- agosto 2022)	Profesionales de la medicina perfil mixto
Determinación social en salud e Interseccionalidades de género, derechos humanos y bioética	Tensiones en el marco de la determinación, interseccionalidad y la bioética	Paneles de personas expertas (marzo-oct 2021) Consulta de fuentes secundarias (2021)	Profesionales de la medicina, perfil clínico, profesionales del derecho, expertxs en bioética y derechos humanos

Fuente: Elaboración Propia.

4.3 DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS

En la elaboración del guion que enmarcaría las conversaciones con los médicos a lo largo de este trabajo, consideré importante trabajar desde tres ejes temáticos, generando en cada uno preguntas motivadoras que permitan a las y los interlocutores profundizar en sus experiencias y generar narrativas, como una herramienta de recopilación de información a partir de las voces y experiencias compartidas por profesionales de la medicina, generadas desde las reflexiones propuestas en relación a los temas de género, derechos humanos y ética profesional en el marco del debate sobre el acceso al aborto y que nos acercan a

la significación de los supuestos e imaginarios que atraviesan a los profesionales de la salud cuando se trata de la salud de las mujeres. La importancia de esta aproximación radica en el acercamiento a la dimensión de las subjetividades que se construyen en los profesionales de la medicina y que podrían relacionarse con los determinantes de la relación clínica frente a la salud sexual y reproductiva desde la mirada de género y derechos (Charon, 2006; Velasco, 2008).

Cada uno de los ejes temáticos planteados anteriormente se relaciona directamente con la transversalización del enfoque de género, la educación médica y su pertinencia en temas fundamentales.

Tabla 4 Diseño de los Instrumentos

EJES TEMÁTICOS	PREGUNTAS MOTIVADORAS MÉDICOS/AS DOCENTES	PREGUNTAS MOTIVADORAS MEDICOS/AS ESTUDIANTES
<p>1. Género y DDHH en la educación médica</p>	<p>a. Durante su formación universitaria, recibió instrucción sobre las diferencias entre género, sexo y su impacto en la salud de las personas, de ser así en que asignatura.</p> <p>b. Ha recibido formación sobre derechos humanos, género y atención en salud?</p> <p>c. Considera que estos temas son importantes para la formación de profesionales de la salud, por qué?</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> Durante su formación universitaria (pre grado y post grado), recibió instrucción sobre las diferencias entre género, sexo y su impacto en la salud de las personas, de ser así en que asignatura</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Ha recibido formación sobre derechos humanos, género y atención en salud?</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Considera que estos temas son importantes para la formación de profesionales de la salud, por qué?</p>
<p>2. Género y DDHH en la relación médico-paciente</p>	<p>d. Desde su percepción, se toma en cuenta el género y los derechos humanos en la comunicación médico-paciente?</p> <p>e. En qué casos considera que esto sucede?</p> <p>f. Considera que es importante para la formación de profesionales de la salud?</p>	<p>d. <input type="checkbox"/> Desde su percepción, se toma en cuenta el género y los derechos humanos en la comunicación médico-paciente?</p> <p>e. <input type="checkbox"/> En qué casos considera que esto sucede?</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Considera que es importante para la formación de profesionales de la salud?</p>
<p>3. Interseccionalidad en salud/Género en la determinación social de la salud</p>	<p>g. Considera usted que el género y los derechos humanos son determinantes de la salud?</p> <p>h. Ha recibido capacitación sobre el impacto del género en enfermedades cardiovasculares, salud mental, salud laboral entre otros?</p> <p>i. Recibió formación universitaria en temas relacionados con violencia basada en género, atención a población diversa, población en situación de movilidad, discapacidades?</p> <p>j. Considera usted que en la institución donde es docente los temas relacionados con el enfoque de género y derechos humanos se incluyen en la malla curricular de la carrera de medicina?</p> <p>k. De ser así en que asignaturas?</p>	<p>g. <input type="checkbox"/> Considera usted que el género y los derechos humanos son determinantes de la salud?</p> <p>h. <input type="checkbox"/> Ha recibido capacitación sobre el impacto del género en enfermedades cardiovasculares, salud mental, salud laboral entre otros?</p> <p>i. <input type="checkbox"/> Recibió formación universitaria en temas relacionados con violencia basada en género, atención a población diversa, población en situación de movilidad, discapacidades?</p> <p>j. <input type="checkbox"/> Durante su año de Internado Rotativo/Medicatura rural/Residencia, se han presentado situaciones en las cuales estos conocimientos fueron necesarios?</p> <p>k. <input type="checkbox"/> Cómo se sintió frente a estas situaciones?</p>

Fuente: Elaboración propia.

4.4 REPLANTEANDO EL TRABAJO DE CAMPO

A mediados de 2021, la publicación de la sentencia de la Corte Constitucional que despenaliza el acceso al aborto en casos de violación para todas las mujeres en Ecuador dio inicio al proceso de construcción del proyecto de ley que sería debatido y aprobado en la Asamblea Nacional del Ecuador. En este contexto, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) me contrató como experta en investigación en salud sexual y reproductiva y género, para desarrollar el proceso de abogacía y socialización en temas de salud sexual y reproductiva y derechos, desde el enfoque de género y bioética, con profesionales de la salud frente a la implementación de la despenalización del aborto y su aplicación en el Sistema Nacional de Salud, la necesidad de trabajar de cerca con gremios y colectivos de profesionales en temas de salud sexual y reproductiva, derechos humanos y bioética desde el enfoque de género, fue determinante para recopilar las narrativas profesionales que constituyen los principales insumos en esta investigación:

“Abogacía incluye una colección de estrategias que puede ser utilizada para conseguir resultados relacionados a cambios sociales, económicos, políticos, culturales, legales y civiles. Las estrategias de abogacía en salud sexual y reproductiva se enfocan en la reafirmación de la responsabilidad de los tomadores de decisiones en el empoderamiento de los sujetos de derechos y los mecanismos que permiten alcanzar cambios sistémicos. Este enfoque se diferencia del enfoque tradicional de compromiso público, que generalmente incluye estrategias de información, educación y comunicación” (Action Canada for Sexual Health and Rights, 2019) Traducción propia.

En el caso de los profesionales de la medicina en Ecuador, la implementación de políticas públicas basadas en derechos sexuales y reproductivos, construidas desde el enfoque de género se aplican de forma discrecional y en base a lo que se constituye en una cultura operativa médica basada en cómo se perciben en interpretan los derechos y las leyes según cada usuaria. Lo cual determina el rol de la medicina en los procesos políticos que impactan en la salud de las personas, con especial énfasis en las decisiones que impactan la salud y los derechos de las mujeres. En América Latina, las experiencias en los procesos de despenalización del aborto y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos identifican el rol fundamental de los profesionales de la salud, como actores esenciales en los debates con posturas fragmentadas con relación al acceso al aborto:

Las experiencias de algunos países indican que la prestación de los servicios de aborto es un asunto controvertido y políticamente delicado, y que el proporcionarlos o negarlos se encuentra en gran medida a discreción de los médicos. En contextos como el de México, donde el aborto está penalizado, las restricciones legales y de otra índole no impiden que muchos médicos lo practiquen, en general con propósitos de lucro. Por otro lado, a pesar del reconocimiento del aborto como un importante problema social y de salud pública, y de que las leyes consideran circunstancias para que se practique de forma legal, buena parte de los profesionales médicos y las instituciones de salud mantienen una postura conservadora y de reserva al respecto” (Gonzalez de León., 1995).

4.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: INVESTIGACIÓN BASADA EN NARRATIVAS.

La recolección de la información se realizó mediante el método de investigación basada en narrativas (Bleakley, 2017; Charon, 2006), esta herramienta cualitativa de recolección de información permite plantear a las y los participantes, la posibilidad de contar su vivencia personal en relación al enfoque de género en la salud y la formación profesional, sin que se produzca una dirección en los temas, liberando al participante a contar su vivencia de una manera mucho más pura y completa, donde cada participante es libre de contar su experiencia. Dicha herramienta se ajusta de forma adecuada a las necesidades derivadas de la pandemia que promueven el distanciamiento social y además contempla las limitaciones que se puedan presentar en relación con el acceso a herramientas tecnológicas (Charon, 2006; Charon et al., 2016). Se propone que, debido a las características de la investigación, los instrumentos desarrollados fueron aplicados de grupos focales, entrevistas, narrativas recolectadas a partir de preguntas de reflexión que se desarrollaron durante el proceso socialización del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación en Ecuador.

En el inicio del diseño de la investigación y como parte de la colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas, se planteó el desarrollo de grupos focales y de discusión con la finalidad de socializar el proyecto de ley, recopilar las preguntas y opiniones de los participantes, como por ejemplo estudiantes de

postgrado, profesionales con perfiles clínicos y docentes, en el sistema público y privado de salud y docentes universitarios cuyo principal objetivo fue la socialización y sensibilización sobre las implicaciones de la sentencia constitucional. Al final se transformó en uno de los principales espacios de discusión y recolección de información en esta etapa de la investigación.

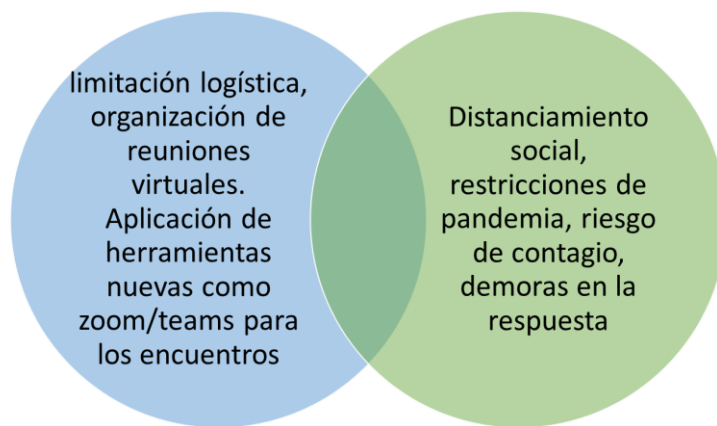
En el caso de los grupos focales planificados con los profesionales de la medicina del programa de postgrado en Ginecología y Obstetricia, las reflexiones producto de las preguntas de discusión, dieron paso al proceso de abogacía y sensibilización y que fueron desarrollados a partir de la firma del consentimiento informado, lo cual hizo posible una exploración más profunda de las experiencias y perspectivas de las y los participantes, permitiendo recolectar información fundamental para el desarrollo de esta investigación (Martínez-Pérez et al., 2020).

4.6 LIMITACIONES

Desde mi experiencia como docente en la carrera de medicina, la comunidad universitaria en la educación médica parecía ser un contexto favorable para recopilar las historias y narrativas de las y los docentes en relación con el género y la educación médica. Una vez que el protocolo recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos, se puso en marcha el proceso de recolección de la información a partir de invitaciones personales e institucionales a las y los docentes para participar contando sus historias a través de narrativas. Al principio mis colegas de la universidad recibieron la invitación de forma positiva, se envió la invitación de forma local a modo de validación de la

construcción de los temas propuestos para el desarrollo de las narrativas, de 20 invitaciones, se recibió una sola respuesta, la misma que vino acompañada de la recomendación de solicitar autorización por parte de las autoridades de la universidad para desarrollar la investigación, lo cual luego de dos años, incluyendo el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, no fue posible concretar.

Figura 8 Limitaciones de la Investigación



Fuente: Elaboración Propia.

Las condiciones propias de la pandemia, como el distanciamiento social y la preferencia en el uso de herramientas virtuales, que se mantienen hasta la actualidad en el Ecuador, constituyeron la principal limitación para el desarrollo de la investigación. Fue necesario un proceso de adaptación metodológica que permita la recolección de información en condiciones adversas en términos de logística y financiamiento que no estaban previstas en la planificación original, por lo que se produjeron retrasos en el cumplimiento del cronograma aprobado, las mismas que fueron resultas durante los periodos de prórrogas que fueron

aprobados oportunamente. Estas limitaciones me llevaron a buscar alternativas para poder recolectar la información mediante un “*teletrabajo de campo*” forzado por la pandemia(Argyriadis et al., 2021).

Debido a las limitaciones y complicaciones que significó la pandemia, los métodos de recolección de información son variados ya que fue necesario adaptarse a las nuevas condiciones, pero además optimizar las posibilidades de investigación y recolección de información que fueron posibles en el contexto de la colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, generando oportunidades de acercamiento a los profesionales de la salud, con la finalidad de plantear las preguntas diseñadas para la investigación en el contexto de las reflexiones sobre salud sexual y reproductiva y derechos en el marco del debate sobre el aborto. A continuación, se presentan las fichas metodológicas de cada uno de los procesos de recolección de información que incluyen, entrevistas, grupos focales y comités de personas expertas.

En los casos donde organicé los encuentros fue posible registrar a través de grabaciones de audio y video, en otros casos se cuenta con informes proporcionados por las instituciones organizadoras y en aquellos donde no es posible acceder a información de primera mano, la fuente es mi diario de campo.

Narrativas enunciadas por profesionales de la medicina con perfil clínico y docente: A lo largo de la investigación, el proceso de participación de médicos fue heterogéneo, con momentos de mucha acogida a los talleres y la invitación a participar en la investigación, más de 20 profesionales expresaron su interés en

recibir los instrumentos, pero muy pocos finalmente enviaron sus narrativas. Las bases de contactos empleadas incluyen a médicos/as de familia, con quienes compartimos un grupo de *WhatsApp* donde se desarrollan actividades académicas y de formación continua luego de un evento internacional, por lo que pertenecen a instituciones educativas tanto públicas como privadas a nivel nacional en Ecuador.

Tabla 5 Narrativas Profesionales de la Salud

Numero	Participantes	Fecha Envío	Fecha Respuesta
1	DM001	3/15/2021	6/15/2022
2	DM002	3/15/2021	6/16/2022
3	DM003	3/15/2021	6/28/2022
4	M001	3/15/2021	6/28/2022
5	DM004	3/15/2021	7/19/2022
6	DM005	9/15/2020	10/30/2020
7	DM006	3/15/2021	8/6/2022
8	DM007	3/15/2021	22/08/2022

Fuente: Elaboración Propia.

Grupos focales como estrategia de Abogacía-Fondo de Población Naciones

Unidas UNFPA

El acompañamiento técnico y las acciones de abogacía desarrolladas durante el trabajo de campo, se realizaron de forma virtual, a través de la plataforma ZOOM, con una metodología diseñada como grupos de discusión en los que en la primera mitad (45 min aproximadamente) se da una introducción y aspectos informativos sobre la dinámica que se va a desarrollar y el tema planteado y en la segunda mitad se trabaja como una entrevista grupal (Ibáñez, 1985), que se aborda desde el enfoque de la salud sexual y reproductiva, derechos humanos y bioética, con

la finalidad de generar espacios de sensibilización y discusión constructiva sobre los alcances de la Sentencia de la Corte Constitucional no. 34-19-in/21 y Acumulados en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva, donde adicionalmente se implementó el instrumento de recolección de información basado en los ejes planteados para la investigación, previamente se invitó a los participantes a firmar el documento de consentimiento informado.

EL primer paso en el desarrollo de las actividades de sensibilización, abogacía y análisis sobre el proyecto de ley inició con un mapeo de actores, especialmente personal de salud, donde los acercamientos se realizaron con colectivos de profesionales, sociedades científicas, jefes de programas de postgrado, jefes de servicio en hospitales de la red pública y complementaria de salud.

Tabla 6 Ficha Metodológica Mapeo de Personas Expertas

INSTITUCION	PARTICIPACION	OBSERVACIONES
Colegio Médico de Pichincha	Si	Aliado importante que puede movilizar a otros gremios de profesionales de la salud. Su preocupación son los plazos y la objeción de conciencia. Se desarrollaron dos talleres de socialización y sensibilización con sus miembros. 27 Asistentes de distintas especialidades que realizan labores médicas asistenciales en los hospitales a nivel de la provincia de Pichincha
CODESER. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	Si	Importante aliado en los colectivos de ginecólogos y ginecólogas, antiguo presidente de FESGO, fundamental en el sistema de plazos y el análisis de los temas de viabilidad fetal. Su participación fue a través de la representación en talleres de abogacía y en la Comisión de Justicia de la Asamblea.
SEGOIA. Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia de la Infancia y Adolescencia	No	No ha respondido a los acercamientos. La referencia fue de CODESER
Presidente Sociedad Pediatría Pichincha	No	Importante desde la mirada de la atención pediátrica a las niñas embarazadas, sin embargo no se identifica una postura a favor ni tampoco en contra de forma clara. Respondieron de forma informal a la invitación. No se percibió interés.
SEGO. Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia	No	No se recibió respuesta
Sociedad Ecuatoriana de Anticoncepción	No	Cercano a CODESER, dirige el servicio de adolescentes del HGOIA. No se recibió respuesta
REMCI. Red Ecuatoriana de Mujeres Científicas	No	Podrían ser aliadas, sin embargo es posible que dada su naturaleza a política y la escasa participación de médicas en sus nodos, no tengan una postura definida. No se recibió respuesta.
Post grado G/O PUCE Pontificia Universidad Católica del Ecuador	No	No respondió a la invitación
Facultad de Medicina PUCE. Pontificia Universidad Católica del Ecuador	No	No respondió a la invitación
Facultad de Medicina UDLA. Universidad de las Américas (Privada)	No	No respondió a la invitación
Facultad de Medicina USFQ. Universidad San Francisco de Quito (Privada)	No	No respondió a la invitación
Facultad de Medicina UISEK. Universidad SEK (Privada)	No	No respondió a la invitación
Asociación Facultades de Medicina Ecuador	No	No respondió a la invitación
Post grado G/O AXXIS UIDE. Universidad Internacional del Ecuador (Privada)	Si	Desarrollo de talleres de sensibilización y trabajo con 6 residentes y 3 tutores

Fuente: Elaboración propia.

4.7 INSTITUCIONES QUE RESULTAN DEL MAPEO DE PERSONAS EXPERTAS

Colegio médico de Pichincha: colectivo de profesionales médicos fundado en 1965, que se mantiene como un colectivo profesional orientado al fortalecimiento de la práctica médica, basado en los principios de excelencia, innovación, transparencia, entre otros, pero con especial énfasis en la participación en la construcción de políticas públicas sanitarias al beneficio de las y los ciudadanos. Pertenece a la Federación Médica del Ecuador(Martinez Abarca, 2021).

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos CODESER: conformado por especialistas en ginecología y obstetricia con representación nacional, comprometidos con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todas las etapas de su vida. Desarrollan actividades científicas, académicas, de socialización y empoderamiento ciudadano y educación médica con enfoque de género, derechos humanos y principios bioéticos con representación nacional(Martinez, agosto 2021).

Programa de especialización de Ginecología y Obstetricia Hospital AXXIS/Universidad Internacional del Ecuador: Postgrado en ginecología y obstetricia que se oferta en la Universidad Internacional del Ecuador (privada), incluye un total de 10 médicos residentes estudiantes rotan por distintos hospitales públicos y privados el país. Con las y los médicos residentes de este programa y tres tutores, realizamos tres actividades, dos correspondientes a los talleres de abogacía durante el proceso de debate y sensibilización del proyecto

de ley que garantiza el acceso al aborto en casos de violación y, un encuentro donde conversamos sobre el tema de género y derechos humanos, aplicando las preguntas incluidas en el instrumento antes expuesto.

Desde la planificación de las agendas se priorizó el abordaje de los tres ejes centrales que comandaron el debate a nivel público y en la sociedad civil sobre el nuevo proyecto de ley, estos temas incluyen:

Tabla 7 Agenda Grupos Focales

HORA	TEMA	METODOLOGIA
Primera Hora	Panorama de la Salud sexual y salud Reproductiva en las niñas, adolescentes y mujeres en Ecuador	Presentación
	Resumen de la Sentencia de la CC sobre despenalización del aborto en casos de violación	Presentación
Segunda Hora	Sistemas de Legalidad del Aborto en el Mundo	Presentación
	Nudos Críticos del Proyecto de Ley a debatirse en la Asamblea Nacional: Sistema de plazos, Objeción de conciencia, Requisitos	Presentación
	Grupos de trabajo: Sistema de Plazos	Discusiones grupales
	Grupos de trabajo: Objeción de conciencia	Discusiones grupales
	Grupos de trabajo: Requisitos	Discusiones grupales
Tercera Hora	Plenaria	
	Acuerdos Mínimos	
	Proximos pasos	

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las actividades que se desarrollaron, mi trabajo se concentró en socializar y analizar con profesionales médicos y personal sanitario el proyecto de ley que se estaba debatiendo en la asamblea para recopilar las principales

dudas y comentarios y analizar los principales nudos críticos del proyecto de ley y el rol de las y los profesionales sanitarios frente a la implementación de la sentencia de la Corte Constitucional en la garantía del acceso al aborto en casos de violación.

Panel de Personas Expertas Dirección de Derechos Humanos Ministerio de Salud Pública: Desde la publicación de la sentencia de la Corte Constitucional el 25 de abril de 2021, se desarrollaron reuniones de sensibilización y e intercambio con profesionales expertos para el personal médico a nivel nacional cuyo objetivo era compartir información sobre los temas críticos relacionados con la implementación del aborto en casos de violación, para el manejo de casos relacionados con la implementación de la sentencia, dichas reuniones se planificaron desde el Ministerio de Salud y contaron con expertos nacionales e internacionales:

Tabla 8 Panel de Personas Expertas Ministerio d Salud Pública del Ecuador

Fecha	Temas abordados	Expositores	Participantes	Recolección de la Información	Sistematización/Análisis
10/06/2021	Conversatorio: Presentación de la Sentencia No.34-19-IN/21 y Acumulados, implicaciones legales y principios bioéticos	Dra. Ana Lucía Martínez, Dra Ana Vera. Conducción de los talleres: Cecilia Medina DNDHGI. Verónica Simbaña DNDHGI	100 profesionales operativos de los establecimientos de salud. Delegados de las direcciones nacionales de nivel central Ministerio de salud pública.	Grabaciones audio-video	Atlas-Ti
09/07/2021	Conversatorio: Presentación avances en el marco de la Sentencia No.34-19-IN/21 y acumulados. Resolución de preguntas	Dirección Nacional de Derechos humanos, género e inclusión	100 profesionales operativos de los establecimientos de salud. Delegados de las Coordinaciones zonales, direcciones distritales, oficinas técnicas de las 9 coordinaciones zonales. Participación de representantes de organizaciones sociales	Grabaciones audio-video	Atlas-Ti
16/07/2021	Primera mesa técnica: Manejo farmacológico del aborto basado en las mejores prácticas	Experto IPAS. Proyecto de prevención del embarazo niñas y adolescentes	Delegados de hospitales, centros de salud coordinaciones zonales, direcciones distritales, oficinas técnicas de las coordinaciones zonales 1,3,5,6,7,9 y miembros de la mesa.	Grabaciones audio-video	Atlas-Ti

Fuente: Elaboración propia.

4.8 ANALISIS DE LOS DATOS

Para responder a las preguntas de investigación, en las narrativas de las y los médicos se identificaron las percepciones supuestos, imaginarios y construcciones de las y los profesionales relacionados con actividad docente médica y el enfoque de género como un elemento, profesionales en formación en programas de residencia en Ginecología y obstetricia y gremios profesionales que participaron en el debate sobre la despenalización del aborto en casos de violación, sus posturas y argumentos frente a la transversalización del enfoque de género, derechos humanos y bioética en el marco de las discusiones sobre el proyecto de ley que busca mejorar las condiciones de las sobrevivientes de

violencia sexual y la garantía del ejercicio del derecho a la salud de las mujeres en Ecuador.

Las voces de profesionales de salud constituyen el insumo principal para conocer sus percepciones frente al género, derechos humanos y bioética en relación con el aborto, debatidos recientemente en el Ecuador. La salud sexual y reproductiva, el derecho a la información para el ejercicio de la autonomía frente a la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres, se relacionan con posturas propias de un sistema conservador, patriarcal y misógino que se opone al ejercicio de derechos constitucionales y que trasciende al sistema de salud, generando barreras en la atención y vulneración de derechos en los servicios de salud.

“Estudios realizados en algunos países muestran que las actitudes de los médicos frente al aborto están influenciadas por factores diversos (éticos, religiosos, jurídicos, políticos y médicos, entre otros), y que donde es legal coexisten profesionales con posiciones diversas. Las experiencias de algunos países indican que la prestación institucional de servicios es un asunto controvertido y políticamente delicado y que el proporcionarlos o negarlos se encuentra en medida a discreción de los médicos” (González, 1995).

La fenomenología feminista (López Sáenz, 2014) propone analizar las experiencias de vida que se recogen a través de los métodos cualitativos de narrativas para luego transformar estas vivencias en información y conocimiento, de tal forma que el análisis de las vivencias recolectadas pueda ser codificadas y significadas desde el género derechos humanos y bioética por quien escucha, ordena e interpreta,

“Su investigación de la intersubjetividad como base de la objetividad y de la vida comunitaria la convierten, asimismo, en una filosofía que exige la consideración de sujetos de todos y cada uno de los seres humanos, sujetos que tienen experiencias y dan sentidos” (López Sáenz, 2014).

Aproximarse a las percepciones e imaginarios médicos frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde la fenomenología feminista, permite mirar la importancia de las experiencias humanas corporales e intersubjetivas y su relación con las experiencias personales en el marco de la cultura y su trascendencia hacia la práctica médica frente a los cuerpos de las mujeres desde el ejercicio de la autonomía y los derechos humanos. En la teoría feminista, el abordaje fenomenológico como herramienta analítica permite partir desde el planteamiento de que las diferencias entre hombres y mujeres *“no son inmodificables”*(López Sáenz, 2014), porque están atravesadas por vivencias que son propias de cada sujeto, sus realidades y experiencias(Postill, 2017).

A través de la fenomenología feminista(López Sáenz, 2014) se trata de develar las dinámicas del poder médico, pero a su vez posibles fisuras, desde una estructura jerárquica que modela las relaciones entre los profesionales de la salud y la sociedad, a partir de cómo se perciben los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva en los cuerpos de las mujeres; legitimando un discurso autoritario sustentado en el ejercicio del poder moral a partir del conocimiento(Esteban et al., 1996).

Este trabajo abarca no sólo las aproximaciones teóricas, epistemológicas y metodológicas que permiten cuestionar los modelos educativos, formativos y prácticos de la profesión médica a partir de la antropología y sociología médica. Incluye las preguntas, cuestionamientos y reflexiones y experiencias que me acompañan permanentemente y a lo largo de mi carrera como médica mujer, desde la formación, el ejercicio profesional, la docencia y como investigadora. Mercedes Blanco (Blanco, 2012), investigadora mexicana señala en sus inicios, que la autoetnografía se consideraba como una variante de la investigación autobiográfica cuando *“...se aplicaba al estudio de un grupo social que el investigador consideraba como propio; ya fuera por su ubicación socioeconómica, la ocupación laboral o el desempeño de alguna actividad específica. Así, en este primer momento, sí se hacía la distinción entre el estudio de un grupo de personas afines de textos esencialmente autobiográficos”* (Blanco, 2012).

Sin embargo, en la actualidad, se reconoce como una metodología de investigación que permite a quien investigado:

“explorar el uso de la primera persona al escribir, la apropiación de modos literarios con fines utilitarios y las complicaciones de estar ubicado dentro de lo que uno está estudiando. De esta manera, la autoetnografía amplía su concepción para dar cabida tanto a los relatos personales y/o autobiográficos como a las experiencias del etnógrafo como investigador —ya sea de manera separada o combinada— situados en un contexto social y cultural” (Blanco, 2012).

Es entonces que los diálogos permanentes y las reflexiones a lo largo de esta investigación incluyen mis reflexiones y cuestionamientos como estudiante de

medicina, médica feminista y como docente universitaria. Mis encuentros y desencuentros con el proceso de docencia y formación médica, además del trabajo como investigadora a lo largo del proceso de abogacía en favor del derecho al aborto en casos de violación, dialogando de forma permanente con médicos, médicas y estudiantes en formación, con conversaciones en torno a la inclusión del enfoque de género en la educación médica como herramienta de garantía de derechos humanos y bioética. Finalmente, y debido a la heterogeneidad de los procesos necesarios para recolectar la información durante el proceso de investigación y con la situación de la pandemia, fue necesario entender la coyuntura que el nuevo debate sobre el acceso al aborto había generado en el país. El desarrollo de los talleres y sus dinámicas en el contexto del debate, fueron generando la oportunidad de transformarlos en grupos focales, por lo que, y sumados a la información obtenida en los inicios del trabajo de campo con las entrevistas a docentes universitarios de la carrera de medicina, ampliaron el rango de análisis que se complementa a través de la metodología de Análisis de casos, que permite analizar, en el contexto del debate del aborto, las narrativas de los médicos, los imaginarios y supuestos sobre el género, derechos humanos y salud sexual y reproductiva, por lo que el análisis de caso afina mucho más el análisis planteado previamente, haciéndolo mucho más relevante y completo. En el texto sobre la metodología del Análisis de Caso en la investigación, Robert Yin (2014), señala sus principales virtudes, entre las que destacan aquellas que se utilizan en esta investigación:

- **Profundidad y detalle:** Los estudios de caso permiten investigar un fenómeno en profundidad, analizando múltiples variables y aspectos contextuales. Esto proporciona una comprensión rica y detallada del fenómeno estudiado.
- **Perspectiva holística:** Los estudios de caso consideran el fenómeno como un todo integrado, permitiendo comprender las interrelaciones entre diferentes aspectos y variables. Esto facilita el análisis de sistemas complejos y la comprensión de las dinámicas internas.
- **Contextualización:** Los estudios de caso consideran el contexto en el que ocurre el fenómeno, teniendo en cuenta factores sociales, culturales, históricos y ambientales que pueden influir en los resultados. Esto ayuda a comprender cómo el contexto afecta la forma en que se desarrolla el fenómeno. (Yin, 2014)

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

En el desarrollo de la investigación y de acuerdo con la planificación inicial del protocolo de investigación aprobado, incluyó la recolección de las narrativas en estudiantes de medicina y docentes a partir de los instrumentos antes descritos en este capítulo. De acuerdo a las normativas internacionales establecidas por las Pautas de la CIOMS y la Declaración de Helsinki (CIOMS, 2017), que señalan los lineamientos éticos que buscan proteger a los sujetos de investigación científica, el cumplimiento de los parámetros garantiza la calidad ética y el rigor científico de la presente investigación, a través del diseño e implementación de un formulario de consentimiento informado con lenguaje accesible, que detalla la información relevante sobre la investigación, la participación de voluntaria de quienes deciden participar y la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento, garantizando el cumplimiento del principio de autonomía y el derecho a decidir. De igual forma, y como se detalla en el acta de aprobación del

Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos, se incluye el acuerdo de confidencialidad que asegura la custodia de la información recopilada de tal forma que no se incluyen datos personales que permitan la identificación de los participantes. La aprobación del comité de ética de la investigación de la Universidad Rey Juan Carlos fue emitida mediante registro No.2201202001320, con fecha 28 de febrero del 2020.

5 RESULTADOS Y DISCUSION

A lo largo de esta investigación hemos transitado por la relación entre medicina y mujeres en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos especialmente en el marco de los últimos debates en torno a la despenalización del aborto en casos de violación que han ocurrido en los últimos 5 años. Iniciamos con una caracterización histórica de la construcción epistemológica médica sobre el cuerpo femenino, las variantes anatómicas y fisiológicas que dan origen a los grandes tratados médicos y donde es posible identificar un claro androcentrismo y misoginia en los más profundos cimientos del conocimiento médico universal cuando se trata de las mujeres, sus cuerpos y el uso que se les asigna.

La innegable relación entre el conocimiento y el poder atraviesa la práctica médica en todos sus espacios, se inicia a partir de un sistema académico y profesional altamente jerárquico donde hay relaciones desiguales entre todos los involucrados y que no admite cuestionamientos o reformas (Martínez Abarca, 2016), y que se consolida en distintas formas de ejercicio del poder a través de políticas de regulación y control que, en los cuerpos de las mujeres.

El proceso de desarrollo científico y académico en la ciencia médica está atravesado por desigualdades que se construyen desde el ejercicio del poder jerárquico, sesgo androcéntrico en la producción del conocimiento y la naturalización de la desigualdad.

Los estudios feministas y de género develan, a través de la historia, que la relación de la medicina con las mujeres se construye a partir del pensamiento mágico científico que construye imaginarios y supuestos basados en argumentos que promueven la dominación y el control y operan a través del modelaje científico del cuerpo femenino.

Una vez que el sesgo androcéntrico se hace evidente, los imaginarios y supuestos masculinos se constituyen en elementos de desigualdad evidentes en la formación académica, la investigación científica y por su puesto en la atención clínica y relacionamiento entre profesionales y pacientes.

En términos de derechos sexuales y reproductivos, el camino hacia el reconocimiento, garantía y transversalización en la práctica clínica avanza lentamente, casi llegando al retroceso. Si bien el Ecuador cuenta con leyes, normas, políticas públicas, guías y protocolos científicos, las brechas y barreras de acceso se mantienen y en casos específicos como el del aborto o el acceso a anticoncepción. Con cada nuevo gobierno, los movimientos de mujeres y colectivos feministas contienen el aliento en espera de las posturas políticas que determinen el destino de las mujeres y sus cuerpos en términos de la erradicación de la violencia basada en género y el acceso y garantía a los derechos sexuales y reproductivos. En todos los casos de la historia política reciente del Ecuador, el resultado es absolutamente negativo, prueba de esto constituyen los dos últimos debates legislativos relacionados a la despenalización del aborto en casos de violación en 2021 y en 2019 en relación con la ampliación de causales existentes.

“El marco conceptual de la gobernanza reproductiva se desarrolla en referencia a América Latina, donde desde la mitad de los 90s, en el contexto de reformas económicas neoliberales, se ha producido un bombardeo de iniciativas constitucionales, civiles, jurídicas y legislativas con la finalidad de liberalizar y a la vez restringir comportamientos sexuales y reproductivos a través de nuevos regímenes morales y reivindicaciones de derechos” (Morgan & Roberts, 2012).

Desde la construcción de los textos médicos, los imaginarios y supuestos sobre la anatomía y la fisiología del cuerpo humano, se muestra un sesgo androcéntrico perceptible a los lentes de los estudios de género y la teoría feminista. Sólo a través de las científicas y médicas feministas es posible encontrar las primeras disidencias a lo que poco o nada se ha cuestionado desde el género o los derechos de las mujeres. Es particularmente interesante ver cómo los estudios de género y la teoría feminista han pasado por múltiples análisis en relación con las desigualdades, violencias e inequidades que vivimos las mujeres en términos sociales, laborales, estructurales, políticos y económicos. Sin embargo, en lo que respecta a la salud y la medicina, parecería que los cuestionamientos han tardado mucho más y en algunos casos aún no se producen.

En la historia de la primera mitad del siglo XX en Ecuador, sexualidad, reproducción y aborto aparecen de forma conjunta en los primeros debates políticos y religiosos sobre la discusión del rol social de los cuerpos de las mujeres, y es importante hacer énfasis en que son los cuerpos, no las mujeres, los principales actores en estos primeros debates, lo cual deja en claro la invisibilización y anulación del ejercicio ciudadano de las mujeres y cómo de cierta forma podríamos entender por qué el feminismo ha debido primero asegurar el

terrero de derechos y participación política de las mujeres, para luego deconstruir una a una las estructuras sociales que determinan la desigualdad de las mujeres. Antes de llegar al debate científico médico, desde la sociedad se establecen las primeras jerarquías políticas y sociales sobre reproducción y sexualidad, como hemos visto anteriormente, la sexualidad se considera una aberración en sí misma, asociada con las desviaciones, pecados y excesos que se concentran en una crítica moral permanente, especialmente originada en las posturas religiosas, extremadamente fuertes en la época en el Ecuador (Goetschel, 2021).

En este contexto, la reproducción es uno de los principales espacios de cuestionamiento y disputa que sucede en los cuerpos de las mujeres y donde menos participación de mujeres existe. Los documentos políticos históricos de principios del siglo XX detallan las discusiones sobre la salud reproductiva con las mujeres al margen de los debates y las leyes más bien en un contexto social, cultural y religioso. La participación de la institución médico-científica, como operador técnico de la iglesia y el sistema moral conservador, se encargó de afianzar a la reproducción como una herramienta de crecimiento poblacional y regulación de las mujeres, persiguiendo a las disidencias sexuales y académicas que se materializan en aquellas que deciden abortar o deciden sobre su salud reproductiva y aquellas profesiones y profesionales comprometidos con la salud y derechos de las mujeres. A partir de la implementación de políticas públicas poblacionales con la finalidad de contrarrestar las altas tasas de mortalidad infantil, se presentan los cuestionamientos permanentes a las medidas de control de la natalidad y la regulación del trabajo sexual.

En el Ecuador el abordaje de la sexualidad y la reproducción constituye una ventana hacia la historia misma de las mujeres desde la restricción, control e invisibilización de sus derechos y el control de sus cuerpos. Las construcciones patriarcales y misóginas que dan sustento a imaginarios y supuesto en las voces científicas del ámbito médico inciden en la construcción e implementación de políticas públicas que reafirman y legitiman las posturas más conservadoras de la iglesia católica como actor político y social, reafirmando los roles históricos del patriarcado: la maternidad y el cuidado en el marco de la protección de la familia como base de la sociedad.

Por lo tanto, las discusiones y debates sociales en torno a la salud reproductiva aterrizan irremediabilmente en el aborto y el ejercicio disidente de la sexualidad femenina, como polos negativos del debate que empieza y termina en el control y regulación de los cuerpos de las mujeres, donde la autonomía como principio, valor social y derecho se percibe como una transgresión de los pilares sociales de la familia y la maternidad(Zaragocín et al., 2018).

Identificamos las resistencias, imaginarios y supuestos médicos con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las tensiones que se producen con el avance científico desde el género, la bioética y los derechos humanos y que aterrizan en el debate sobre la despenalización del aborto en el Ecuador durante el 2021, año en el que se produjo uno de los últimos procesos legislativos y de debate social en el Ecuador.

A partir de las narrativas de médicos y médicas que se dedican a la docencia universitaria en educación médica y profesionales de salud que participaron en el proceso de socialización, construcción y abogacía del proyecto de ley que garantiza el acceso al aborto en casos de violación, se revelan las tensiones y resistencias en la institución médica frente a los debates sobre la toma de decisiones sobre sexualidad, maternidad y reproducción y las barreras en la implementación de políticas públicas basadas en la garantía y empoderamiento en derechos sexuales y reproductivos.

“La elección de los médicos como población del estudio es acertada: ellos son quienes llevan las políticas, las leyes y las normas institucionales a la práctica, y las convierten en realidad para la mujer y la pareja que buscan ayuda y consejo. Los médicos son quienes -filtran- y adaptan estos principios generales en la intimidad del consultorio. De los profesionales de la salud depende que el acceso de los pacientes a los servicios sea fácil o difícil, y ellos son, asimismo, quienes pueden aliviar o exagerar culpas. Todo ello, en gran medida, es el resultado de sus valores individuales y capacidad para separar su práctica profesional de los mismos”(Ramos et al., 2001).

NARRATIVAS MÉDICAS EN TORNO AL GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.

En las siete entrevistas desarrolladas con médicos y médicas en labores docentes y asistenciales, los ejes temáticos planteados generaron narrativas coincidentes con las rupturas e inflexiones entre la formación médica tradicional y la importancia del género como nuevo paradigma enfocado a la salud que se cuestiona desde los paradigmas tradicionales de la formación médica y su incidencia en los modelos de atención. A continuación, analizaremos cada uno

de ellos como un marco como parte esencial del panorama analítico que permite situar estos resultados más adelante en el contexto del debate sobre el aborto.

1. Género y Derechos Humanos en la Educación Médica

En este eje se preguntó a los entrevistados sobre la inclusión del enfoque de género o derechos humanos durante su formación de pre o post grado en la carrera de medicina (Ver tabla #3). La relevancia de este eje para la investigación se relaciona con En este eje analítico se produjo redundancia de respuestas ya que todos los participantes contestaron que no habían recibido formación en temas de género y derechos humanos durante su formación de pregrado en la carrera de medicina. De igual forma todos los participantes consideran importante la inclusión del enfoque de género y derechos humanos en la educación médica:

“Son importantes sí, porque me parece que son ámbitos naturales por donde deambulamos y si no lo hacemos con conocimiento podemos generar daño o no percatarnos de dificultades que podríamos trabajar y acompañar”(DM004, 2022).

Cuando se preguntó sobre la consideración de la importancia del género y los derechos humanos en la práctica y formación médicas, los participantes consideran que el encuentro con el género varía según el momento en el proceso de formación, todos coinciden que, en la formación de pregrado, no se abordaron las diferencias entre sexo biológico y género. Lo que nos lleva al segundo eje en la recolección de narrativas y corresponde a la importancia del enfoque de género y derechos humanos en la relación médico-paciente.

2. Género y Derechos Humanos en la relación médico-paciente

Para todos los entrevistados, el encuentro con el género como categoría de análisis, se produce en la formación de postgrado, como docentes o investigadores y de forma secundaria a los cuestionamientos del modelo de relación clínica, donde todos los pacientes están en situación de desigualdad. Entonces para muchos de ellos hay un primer acercamiento a los derechos humanos desde la reivindicación de los derechos de los pacientes, que sólo es posible cuando se cuestiona el poder médico como herramienta transversal de la profesión y sucede en el contexto de la práctica clínica:

“...la atención sanitaria requiere de un conocimiento cabal de lo que son los diferentes tipos de relación médico paciente, o mejor denominada relación sanitario usuario; algunas de estas variedades de relación pueden establecer jerarquías de poder y provocar vulneración de derechos de los usuarios. Además, la práctica profesional de los profesionales de la salud involucra, no solamente, la asistencia sanitaria, sino también, la toma de decisiones a nivel colectivo; por ejemplo, a través de los aportes a la construcción de normativas y política pública en salud como categoría en salud (DM002, 2022).

En la formación de postgrado, y en contexto de especialidades poco tradicionales como la medicina familiar, la determinación social de la salud aparece como un eje central en el nuevo paradigma de la medicina social, lo cual abre una dimensión desconocida en el modelo médico hegemónico desafiando el sistema paternalista desde nuevas miradas (Breilh, 2013).

Por otra parte, en las especialidades médicas más tradicionales, como es el caso de la Ginecología y Obstetricia, el abordaje de la salud de las mujeres se reduce

a los criterios técnicos médicos que, como hemos visto anteriormente, se construyen a partir de principios, imaginarios y supuestos eminentemente patriarcales, que aterrizan en cuerpos dóciles, defectuosos a los que se debe someter y controlar. Es en este espacio donde se produce la disputa entre los derechos y el biopoder, en los cuerpos de las mujeres interseccionan elementos de la salud, la cultura, la reproducción y el poder científico, en un contexto de control, donde convergen los principales actores sociales como la iglesia, el estado y la sociedad, representada en las instituciones arquetípicas como la médica, cuyo papel es absolutamente central en el bienestar y calidad de vida de las personas. Para los profesionales médicos que participaron en esta investigación, el descubrimiento del enfoque de género y los derechos humanos como elementos transversales en la práctica médica implica una dinámica entre desencuentros y cuestionamiento permanente con la misma profesión, existen reflexiones desde la preocupación, importancia y frustración, cuando se evidencia las brechas en el aprendizaje y la formación médica frente a las necesidades y demandas de la población.

“Mi sentimiento principal ha sido la impotencia e indignación. Uno de los elementos que más se repite es la falta de comunicación empática asertiva y enfocada en derechos humanos y género. existe una importante implicación de la relación sanitario-usuario de tipo paternalista que provoca coerción al momento de la toma de decisiones por parte de los usuarios. esto prácticamente es la norma” (DM002, 2022).

Si bien el género se percibe como un determinante de la salud asociado exclusivamente a las mujeres, que mantiene dependiente a interpretaciones

biologicistas y medicalizantes que terminan reafirmando los imaginarios y supuestos tradicionales que hemos descrito con anterioridad y que tienen un impacto importante en la implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de salud y el bienestar de las personas en términos de salud sexual y reproductiva y la garantía de derechos humanos:

“La salud sexual y salud reproductiva son por mucho los temas en los cuales más se evidencia una comunicación médico-paciente que tome en cuenta los derechos y el género. En un planeta con historia de dominio masculino las mujeres ancestralmente han sido menos consideradas y más violentadas en materia de derechos. En consultas de planificación familiar, toma de decisiones reproductivas libres de interferencias, evitar todas las formas de violencia y coerción que afectan la atención a la salud sexual y reproductiva. Atención gestacional adecuada preparto y posparto, interrupción voluntaria del embarazo, prevención y tratamiento de ITS, etc” (DM006, 2022).

De acuerdo con los participantes, existe total coincidencia en la importancia de la inclusión del enfoque de género y de derechos humanos como parte del nuevo paradigma de la humanización de la relación clínica, el reconocimiento del poder médico como un elemento transversal que resulta en la vulneración de derechos fundamentales, pero además afecta a la calidad de la relación entre profesionales y usuarios de los servicios de salud de forma sistemática. Y reconocen que la formación de profesionales ya sea universitaria, hospitalaria o comunitaria se mantiene enfocada en los aspectos tradicionales de la deontología médica, resistiéndose a la incorporación de nuevos enfoques que no sólo constituyen las principales demandas de la ciudadanía, pero que además se incluyen en las recomendaciones internacionales a nivel mundial.

“Aún estamos lejos, sin embargo, de entender a cabalidad cómo diseñar estrategias de intervención en el sistema de salud para mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva. Los estudios que se han realizado para afinar

estas intervenciones , principalmente en Estados Unidos y Canadá, apuntan a cuatro núcleos de dificultades: 1) los recursos materiales disponibles en el sistema de salud y los valores que se priorizan para la distribución de dichos recursos; 2) las competencias que las facultades de medicina promueven en sus estudiantes mediante el proceso de formación; 3) las actitudes del personal médico con relación a la sexualidad; 4) las construcciones de género”(Vargas, 2012).

El reconocimiento de la importancia de inclusión del enfoque de género se relaciona con las experiencias docentes de los participantes cuando se enfrentan a cuestionamientos de las y los estudiantes en temas relacionados con las discusiones sobre anticoncepción en mujeres adolescentes, manejo de complicaciones obstétricas, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género o cuando son interpelados por estudiantes en el contexto de debates ciudadanos como es el caso del aborto, lo que en la generalidad de los casos determinó sentimientos de inseguridad y resistencias frente a estos temas, evitando los espacios de discusión al no sentirse debidamente calificados para abordarlos. El tercer eje que se abordó con las y los participantes, aborda el género como un elemento a ser considerado en la determinación social de la salud, que puede ser descrito y develado a partir del análisis desde la interseccionalidad, en estas conversaciones, los participantes hablaron desde las vivencias personales en la práctica médica y docencia, cuando se asume la responsabilidad en la formación de nuevos profesionales de la salud como uno de los principales desafíos, es justamente en este punto donde los cuestionamientos y críticas al modelo médico hegemónico emergen como

herramientas de transformación y de construcción de un nuevo modelo de formación y educación médica.

3. Interseccionalidad en salud/Género en la determinación social de la salud

Los cambios en la forma como se define, aborda y percibe a la salud por parte de la sociedad se han producido de tal forma que, han generado demandas permanentes a las instituciones de salud, donde se incluyen servicios de salud, facultades de medicina y organismos no gubernamentales que trabajan en temas de salud. Sin embargo, existe una brecha entre los avances sociales, demandas ciudadanas y el tiempo que tardan en analizarse y atravesar a las instituciones. Un ejemplo podemos encontrarlo en la formación médica con relación a la incorporación curricular de los enfoques de derechos humanos y género en los componentes académicos que inciden directamente en la calidad de la atención y el bienestar de las personas.

Elvia Vargas, investigadora Colombiana en su libro sobre la importancia de la formación médica en temas de género y derechos sexuales y reproductivos publicado en 2012, señala que a pesar del reconocimiento de la importancia de la educación médica en temas de sexualidad y reproducción, el proceso de transformación de los currículos académicos en las facultades de Medicina en Estados Unidos ha sido lento e insuficiente en términos de la horas asignadas o el fomento de la investigación, y cuya situación no ha cambiado en los reportes revisados en los últimos veinte años (Vargas, 2012).

En el caso de los profesionales de la salud que participaron en esta investigación, la realidad del proceso formativo en estos temas no es para nada distinta, pero sobre todo no ha cambiado en al menos treinta años, lo cual constituye un desafío permanente que se debe afrontar en la búsqueda de la garantía de derechos y la transversalización del enfoque de género en salud:

“Soy graduado de médico en 1995 (casi 30 años atrás) en aquella época apenas se encontraba iniciando la explosión de igualdad de géneros, en aquella época no había diversidad sexual, todas las personas diferentes eran consideradas maricones y poca visibilidad existía de las diversidades evidenciadas actualmente. La atención a la salud de las personas según sexo y-o género no era una prioridad (entendible pero no justificable en el contexto socio cultural de aquellas épocas)” (DM006,2022).

“En ninguna parte de mi formación universitaria de pregrado hubo instrucción sobre las diferencias de género, sexo y su impacto en la salud. En mi postgrado de medicina familiar se abordaron algunos de esos temas con moderada profundidad. Específicamente no había asignatura, sino que era parte de un caso de ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)” (DM005, 2022).

“Totalmente, claro que si pues al no ser topado o trabajado parecería que no es un problema grave en el ámbito de la salud. Es un problema sistémico estructural que si no se trabaja puede ser mal interpretado y trabajado de una manera incorrecta por docentes que al no estar capacitados tergiversaran la problemática y sería peor” (DM004,2022).

La construcción del sujeto médico resulta de una amalgama de los elementos sociales, culturales, espirituales y científicos que componen el proceso formativo en la institución médica. A pesar de las convicciones personales de quienes ejercen la medicina, en algunos casos y generalmente desde miradas distintas en

las jerarquías establecidas, por ejemplo, desde los pacientes, existe la posibilidad de reconocer y cuestionar desigualdades y asimetrías.

Como veremos a continuación, este marco contextual que relaciona a la institución médica desde las voces de los profesionales, con los enfoques de género y derechos humanos, posibilita develar y analizar las resistencias de las y los profesionales frente a la implementación de políticas públicas que buscan cristalizar derechos sexuales y reproductivos en el caso específico del acceso al aborto en casos de violación.

“No es extraño que en las aulas universitarias y en los hospitales se aluda al aborto inducido como “aborto criminal”, y que el tema se trate desde una perspectiva cargada de conceptos religiosos y juicios morales. Para muchos médicos, el aborto es un acto que atenta contra los principios de la moral dominante y contra los postulados de la ética médica que han aprendido”(Gonzalez de León., 1995).

5.1 ABORTO EN CASOS DE VIOLACION: EL DEBATE DEL 2021

En este apartado, es posible identificar las resistencias, imaginarios y supuestos que atraviesan a los profesionales de la salud en relación a los temas de género y derechos humanos en el marco del debate sobre el acceso a aborto en casos de violación en 2021, los hallazgos del proceso de levantamiento de información se relacionan a un proceso de investigación, abogacía y acompañamiento con profesionales de la salud dedicados a la docencia y práctica profesional, residentes de postgrado de ginecología y obstetricia, miembros de gremios y sociedades científicas médicas y finalmente la participación en talleres y mesas

técnicas desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador a lo largo del proceso legislativo de construcción de la nueva ley.

Ecuador tiene un sistema mixto de regulación de acceso al aborto, caracterizado por la presencia de tres causales vigentes:

1. Causal Salud: cuando el embarazo atenta contra la salud y el bienestar de la mujer, permitiendo el acceso al aborto terapéutico.
2. Causal Vida: cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer y no puede ser evitado por evitado por otros medios.
3. Causal violación: en casos de violación en mujeres con discapacidad mental hasta el 2021.

A pesar de las regulaciones vigentes y la construcción de un proyecto de ley que busca mejorar la situación de acceso y garantía de derechos sexuales y reproductivos, los sistemas de regulación del aborto se ejecutan a partir de interpretaciones que buscan deslegitimar la autonomía de las mujeres a través de barreras institucionales y sistémicas al ejercicio de derechos reproductivos. Por lo que, la existencia de leyes consideradas progresistas y a favor de las mujeres, no pueden ser vistas como soluciones integrales y permanentes frente a las vulneraciones de derechos humanos(Zaragocín et al., 2018).

El 28 de abril de 2021, la Corte Constitucional del Ecuador dictó una sentencia, que dispone la ampliación de la causal violación, garantizando el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violencia sexual para todas las mujeres en el territorio nacional, disponiendo a la defensoría pública la

elaboración del proyecto de ley y a la Asamblea Nacional su aprobación en un plazo no mayor a los seis meses luego de emitida la sentencia.

En los avances más importantes incluidos en la sentencia de la Corte Constitucional, la ampliación de la causal violación y su universalización en el acceso a todas las mujeres y no solamente a quienes padecen discapacidad mental es, sin duda uno de los elementos de mayor relevancia, atendiendo especialmente al preocupante aumento de embarazos infantiles producto de violencia sexual en el país.

“181. De lo expuesto, esta Corte encuentra que la frase “en una mujer que padezca de discapacidad mental” del artículo 150 numeral 2 del COIP es inconstitucional y debe ser expulsada del ordenamiento; debiendo quedar el artículo redactado de la siguiente forma: Art. 150.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

- 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
- 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación.*

182. Finalmente, esta Corte estima necesario dejar claro que por la redacción del artículo 150 del COIP, ante la declaratoria de inconstitucionalidad de su numeral 2, deja de ser punible el delito de aborto consentido en casos de violación para todos los sujetos activos del mismo, es decir tanto respecto de las mujeres que han sido violadas como del “médico u otro profesional de la salud” que realice el procedimiento

195. Finalmente, habiendo quedado establecida la necesidad de un marco regulatorio apropiado, esta Corte Constitucional dispone que el Defensor del

Pueblo –contando con la participación amplia y activa de la ciudadanía y de manera coordinada con los distintos organismos estatales- en el plazo máximo de 2 meses contados desde la notificación de la presente sentencia, prepare y presente un proyecto de ley para la interrupción voluntaria del embarazo en caso de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violación sexual que, sobre la base de los criterios establecidos en la presente sentencia y evidencia médica y científica, establezca condiciones y requisitos para que exista un adecuado balance entre la protección del nasciturus y los derechos constitucionales de las mujeres víctimas de violación” (Corte Constitucional del Ecuador, 2021)

La importancia y trascendencia de este nuevo proceso legislativo como oportunidad de reivindicación de derechos sexuales y reproductivos, en el medio del desarrollo de esta investigación, produjo un cambio radical el planteamiento de mi investigación original, la posibilidad de investigar de forma activa y desde mi propia participación como experta, colaborando en la construcción del proyecto de ley que se debatiría en la Asamblea Nacional, luego de un proceso accidentado de trabajo de campo durante la pandemia. Se constituyó el momento justo para redirigir las preguntas de investigación y la observación y recolección de información, a partir de la posibilidad histórica de participar activamente en un proceso de transformación social que, sin duda atravesaría a la profesión médica, su institucionalidad y poder.

El acompañamiento técnico y las acciones de abogacía desarrolladas como parte de esta investigación y en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y ONU Mujeres, se desarrolló en diferentes espacios, donde los enfoques de salud sexual y reproductiva, género, derechos humanos y bioética

fueron fundamentales para el proceso de construcción, socialización y debate del proyecto de ley que luego se debatiría en la Asamblea Nacional del Ecuador.

A lo largo de este proceso, la participación y acompañamiento técnico con el Ministerio de Salud Pública incluyó el proceso de construcción participativa de lineamientos técnicos para la implementación de la Sentencia de la Corte Constitucional, con la inclusión de las voces y criterios de los profesionales sanitarios a nivel nacional, movimientos y colectivos feministas y los gremios y sociedades científicas médicas a nivel nacional.

Como hemos visto, la discusión sobre la legalización del aborto en Ecuador no es un tema nuevo. Desde su primera inclusión en el Código penal de 1928, donde se establece la importancia de la causal vida y salud para proteger a las mujeres (Goetschel, 2021), pero que contradice las posturas más conservadoras de la iglesia católica y la institución médica como actores sociales. Las posturas contrarias, basadas en criterios orientados a la reproducción poblacional, la tendencia criminal y antinatural por parte de las mujeres ante el incumplimiento de su rol principal en la reproducción y el cuidado, son sólo algunos ejemplos de la operación del sistema patriarcal en relación con el control de los cuerpos de las mujeres bajo el velo de la salud.

Históricamente, el abordaje de la sexualidad y la reproducción como políticas sanitarias que busquen mejorar la calidad de vida de las mujeres es una de las principales deudas pendientes y a la vez uno de los desafíos más importantes para los movimientos de mujeres y feministas. La disputa por la autonomía de los

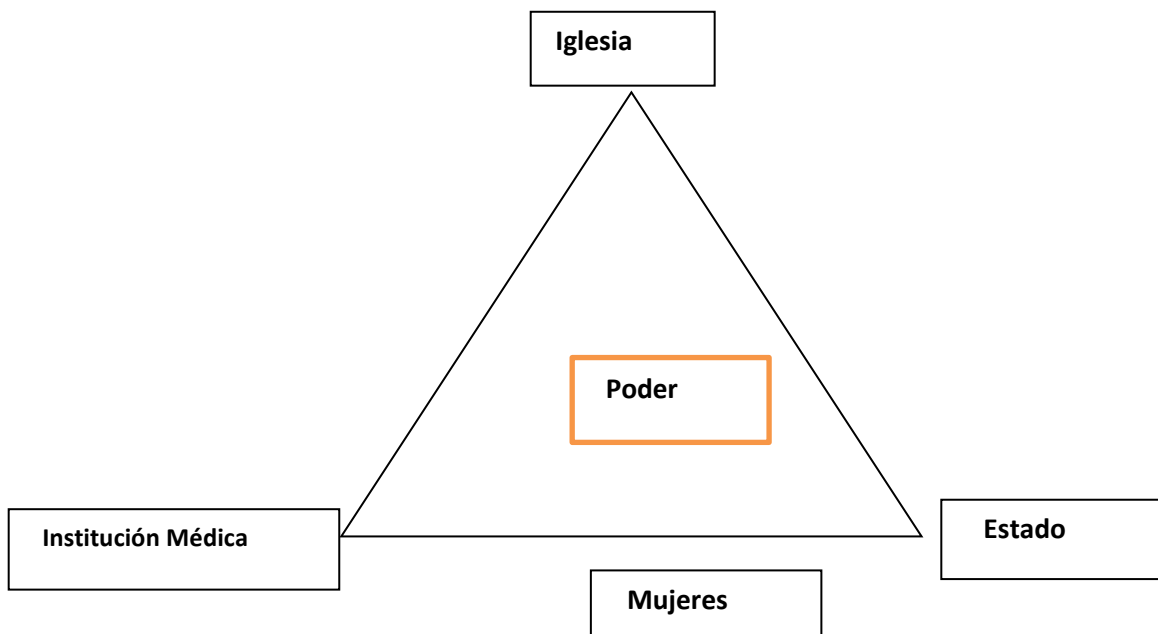
cuerpos, el derecho a una vida libre de violencia y la maternidad deseada son sólo algunos de los principales debates, donde la sexualidad y la reproducción constituyen los elementos centrales. Es importante identificar también que la sexualidad y la reproducción se construyen como instrumentos sociales de control y regulación social y política de la vida de las mujeres. Estos elementos sociales, operan articulados en el sistema patriarcal como arquetipos del poder y control de los diferentes aspectos de la sociedad. Miguel Ángel Sánchez en su libro sobre Bioética en Ciencias de la Salud (2021), reconoce a la medicina como una de las tres profesiones arquetípicas, junto con el derecho y la iglesia; y cuyo rol consiste en la regulación de los aspectos más relevantes de la sociedad:

“Finalmente, en las universidades se institucionalizaron las tres profesiones por antonomasia: medicina, derecho y teología, que coincidieron con las tres facultades mayores de la universidad medieval. Estas tres profesiones clásicas adquieren gran autoridad por estar relacionadas con los aspectos más relevantes del ser humano: la enfermedad y la muerte, la condenación religiosa y la condena jurídica. Y tienen capacidad de normativizar la vida de las personas. Puesto que establecen respectivamente lo que es y no es pecado, lo que es lícito e ilícito, y lo que es sano o perjudicial para la salud (Sánchez, 2021).

En esta investigación hemos hablado sobre las condiciones de la relación entre la medicina y la salud sexual y reproductiva de las mujeres cuando se trata de los debates sobre el aborto. Las intersecciones del biopoder en el modelo médico hegemónico no pueden ser leídas en su conjunto por fuera de la estructura patriarcal, donde los imaginarios y supuestos sobre las mujeres tienen una dimensión mucho más profunda y relevante. Como veremos a continuación, en los debates de la medicina sobre el aborto, entender las dinámicas del poder

hegemónico, permite identificar los mecanismos estructurales mediante los que opera e impacta directamente en las leyes a partir del poder político y jurídico, en los cuerpos y la salud a partir del biopoder y del poder religioso en la definición moral de la sociedad.

Figura 9 Triada Regulatoria del Aborto



Fuente: Elaboración propia

En su investigación sobre el contexto histórico del aborto en México, Adriana Ortíz-Ortega (2001), devela los elementos descritos en la triada del poder, como ejes transversales para entender las dinámicas frente al aborto, donde lo político y religioso se constituyen como elementos estructurales de los debates. Es aquí en la triada que el trabajo de Ortíz en México con el de Goetchel en Ecuador, parecen encontrarse, si bien en México el poder religioso toma un especial protagonismo en los vaivenes del debate y que se diluye en los argumentos

políticos llegando a dificultar la identificación de uno u otro cuando se trata del de las discusiones y posturas frente al aborto:

“La historia política aquí elaborada muestra la influencia de los códigos religiosos en la tradición laica del Estado, para mostrar que detrás de la fachada de anticlericalismo que presentó el régimen mexicano se abre un andamiaje de complejas relaciones sociales entre poder, política y religión (Ortíz-Ortega, 2001).

Cuando se trata de derechos y por fuera de los límites de la triada, ambas autoras coinciden en el reconocimiento de las luchas de las mujeres como un punto de inflexión en las históricas de cada país, lo que determina un nuevo elemento en el tablero de actores sociales y el camino hacia la transformación la sociedad desde la disputa de espacios de poder (Goetschel, 2021; Ortíz-Ortega, 2001).

En el campo de la salud sexual y reproductiva, la investigación existente se divide entre los abordajes técnicos médicos en términos de medicamentos, tratamientos y tecnologías, como por ejemplo los avances en reproducción asistida, detección temprana de cáncer de mama o cuello uterino, tratamientos en la menopausia, etc. Al margen de la medicina, desde las ciencias sociales, las investigaciones se enfocan en la situación de las mujeres vista desde los derechos y el género como ejes estructurantes de las desigualdades, sin embargo, se consideran como los principales elementos faltantes en la cartera de servicios de salud en Ecuador. Para los distintos planes de gobierno y políticas públicas en salud, existen numerosas pruebas de que no existe un enfoque prioritario a la salud sexual y reproductiva de la sociedad. Es a partir de los debates más recientes sobre la

despenalización del aborto en la región, a partir de la “Marea verde” que surgen investigaciones enfocadas en el rol, percepciones e imaginarios de los profesionales sanitarios frente a la salud sexual y reproductiva en general y el aborto en particular. Argentina es un ejemplo regional que retrata de forma clara lo que está sucediendo en temas de derechos, salud y género con respecto a la salud de las mujeres. En Latinoamérica, el resurgimiento de las luchas feministas que tuvieron como resultado varios procesos de despenalización, construcción e implementación de leyes y programas destinados a la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos, en países como Uruguay, México, Colombia y Argentina, donde los debates trascendieron de la esfera política y legislativa hacia la sociedad y las calles. En cada uno de los procesos, el rol de los profesionales de la salud ha sido trascendental, generando la necesidad creciente de recopilar las voces y percepciones que surgen desde la medicina y que en cada uno de los debates históricos en la región han jugado un papel determinante.

Un estudio realizado en el 2001 en Argentina por investigadoras de las ciencias sociales y medicina se adentra en las percepciones de los profesionales de la salud frente a la anticoncepción y el aborto y cómo se definen las conductas, posturas y resistencias institucionales y operativas en la salud sexual y reproductiva vista como derecho desde la sociedad y como problema de salud pública que, las y los profesionales deben enfrentar. Esta investigación detalla la importancia de la multidimensionalidad del universo médico y la necesidad del enfoque interseccional para poder abordar las diferentes aristas que componen la dinámica entre derechos, sexualidad, reproducción y medicina (Ramos et al.,

2001). La complejidad del abordaje de la profesión médica es sin duda un nuevo paradigma en la salud pública que debe ser investigado.

“Sin duda en el presente, la profesión médica ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos/as tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos. Su influencia se desenvolvería a través de: a) sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; b) sus mensajes, los que comunican a los beneficiarios/as de sus servicios, y asimismo los que transmiten hacia audiencias más amplias. A su vez, por acción u omisión, son los mediadores/as de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado (Ramos et al., 2001).

De tal forma que los grandes avances en temas de salud materna, sexualidad y reproducción, provienen en gran medida de los aportes desarrollados por los movimientos de mujeres y las epistemologías feministas y de género, donde el de los procesos de interpelación política y social a la salud como derecho integral y la participación activa en la investigación y toma de decisiones a nivel gubernamental constituyen pasos fundamentales en los avances más significativos en el país y como hemos visto en la región. Sin embargo, las voces de las y los profesionales, la documentación de los imaginarios, percepciones y supuestos tienen especial importancia en la comprensión del rol que juegan en los procesos políticos, legislativos y sociales hacia el cambio de paradigma que incluye los enfoques de género y derechos humanos en salud.

En comparación con los demás países de la región, Ecuador cuenta con varios cuerpos normativos, tanto legales como sanitarios que posicionan a país con una

de las legislaciones más avanzadas en materia de derechos sexuales, reproductivos y programas pioneros a nivel regional y mundial en relación con salud sexual y reproductiva de las mujeres. En el 2006, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia cambió favorablemente la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el país, uno de los principales documentos de política pública en salud con especial énfasis en las niñas, adolescentes y mujeres del país, especialmente en un momento donde la mortalidad materna se consideraba como uno de los principales indicadores de salud que el país no lograba remontar. Dentro de sus principales características, destacan el enfoque de género, derechos sexuales y reproductivos y la participación ciudadana en el control social y cumplimiento institucional de la ley. A partir de la conformación de los Comités de Usuarias, la salud sexual y reproductiva en Ecuador dio un giro histórico y positivo en el país y en la región.

Nuevamente desde el enfoque regional, los procesos de transformación legislativa e incluso sanitaria en relación con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, vistos desde los datos epidemiológicos relevantes como la mortalidad materna, el acceso a anticoncepción o el aumento sostenido de los embarazos adolescentes e infantiles, demuestran que no sólo se trata de contar con leyes, normativas y protocolos ya que existen barreras importantes que aún limitan el acceso y vulneran los derechos sexuales y reproductivos, especialmente para las niñas, adolescentes y mujeres, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la CEPAL: “América Latina es una región donde la necesidad insatisfecha de planificación familiar alcanza a un 10% entre

las mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o que viven en relación de pareja en América Latina, y a un 17%, en el Caribe. Por otra parte, la tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es del 74% para América Latina y del 61% para el Caribe”(CEPAL-OPS, 2020).

Tanto en el proceso de despenalización del aborto en Argentina, como en el más reciente en Ecuador, la relación entre el acceso a la salud y la criminalización de los derechos sexuales y reproductivos operan como elementos centrales de las barreras sociales, políticas y religiosas frente a la posibilidad de las mujeres a decidir sobre la maternidad y el cuidado incluso frente a situaciones de violencia sexual o sus vidas están en riesgo. En este contexto, el rol de los profesionales de la medicina es clave en los procesos de despenalización y ampliación de los derechos sexuales y reproductivos. Nos enfrentamos a una disputa importante al interno del modelo médico hegemónico, cuando es evidente que existen posturas opuestas entre quienes promueven la transversalización de derechos humanos, género y nuevas corrientes bioéticas en la salud y la medicina versus los defensores del ejercicio hegemónico del modelo biomédico paternalista al servicio de los sistemas conservadores.

5.2 ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: IMAGINARIOS MÉDICOS Y RESISTENCIAS

Con la publicación de la Sentencia, el Ministerio de Salud pública inició un proceso de actualización y construcción de documentos normativos nacionales, relacionados con la agenda de salud sexual y reproductiva, que incluye

programas de prevención del embarazo infantil y adolescente, la ejecución del Plan Nacional de Salud sexual y Reproductiva 2017-2021, y el reglamento de implementación, de cara a lo establecido por la Corte Constitucional en relación al acceso a procesos de aborto en casos de violación (Martínez, 2021).

“A finales de Julio del 2021, luego de una reunión interinstitucional desarrollada en la Vicepresidencia de la República, con la participación del Ministerio de Salud Pública, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estableció una hoja de ruta sobre las acciones que se desarrollarían como parte del proceso legislativo de construcción del proyecto de ley orgánica para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación en Ecuador. Entre los acuerdos se estableció la necesidad de conformar mesas técnicas y comités de expertos liderados por el Ministerio de Salud pública del Ecuador con la participación de las agencias de Naciones Unidas y los movimientos de mujeres” (Martínez, Julio 2021).

Dentro de los acuerdos producto de la mesa interinstitucional, el rol del Ministerio de Salud Pública como ente rector en salud del país, se definió a través de líneas estratégicas que fueron comandadas por la subsecretaria de promoción de la salud y la Dirección de Género y Derechos, con la participación de programas emblemáticos como el Proyecto de prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2022 (PPENA), dichas líneas incluyeron la sensibilización y capacitación de profesionales sanitarios en relación al contenido e implicaciones de la sentencia de la Corte Constitucional, la recolección de información de forma participativa para el proceso de desarrollo del reglamento de implementación a nivel nacional y el proceso de actualización de las Guías de Práctica Clínica y protocolos de actuación en temas de salud sexual y reproductiva. La participación

permanente en los talleres de sensibilización en territorio sobre la sentencia de la Corte Constitucional desarrollados por la Dirección de Género y Derechos humanos y el apoyo técnico en los casos de implementación de la sentencia, constituyen el fortalecimiento de la colaboración brindada por UNFPA al MSP en materia de salud sexual y reproductiva, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Figura 10 Hoja de Ruta Mesa Interinstitucional de Salud



Fuente: Elaboración Propia.

En los meses siguientes a la publicación de la Sentencia Constitucional, el Ministerio de Salud Pública, a través de sus distintas unidades operativas a nivel nacional comenzó a recibir solicitudes de usuarias para acceder a interrupciones del embarazo en casos de violación. La dirección de Género y Derechos Humanos del Ministerio de Salud Pública, como parte de la Subsecretaria de Promoción de la Salud, junto con el Programa de prevención de embarazo adolescente (PPENA) coordinaron esfuerzos para conformar equipos

multidisciplinario de expertos en temas como atención ginecológica y obstétrica, derechos humanos, género y bioética que, sumados al contingente técnico y administrativo de la autoridad sanitaria, facilitarían la implementación inicial de la sentencia, brindando acompañamiento a los equipos de salud en territorio, garantizando el acceso de las usuarias a los servicios de salud de forma segura, con calidad y calidez, de acuerdo con lo establecido en la sentencia y además estableciendo canales de apoyo al personal sanitario, especialmente en temas relacionados con las dudas en materia de derechos humanos y bioética.

“El primer caso que convocó a equipo de expertos tuvo lugar en la Amazonía Ecuatoriana, la paciente, una niña menor de 14 años fue abusada sexualmente y su madre fue quien notó el embarazo y acudió al centro de salud cuando la menor tenía a penas 8 semanas de gestación. Me convocan como experta en temas de género, salud y bioética, luego de haber participado en la construcción del proyecto de ley que se discutiría en la Asamblea. La niña no había experimentado su primera menstruación cuando su madre notó que vomitaba mucho e iba ganando peso en los últimos meses. Acudieron a la fiscalía a poner la denuncia y luego al centro de salud, donde les dijeron que al ser una niña debían referirla al hospital provincial, donde la mantuvieron hasta cumplir 16 semanas de gestación que fue cuando se notificó al Ministerio de Salud” (Martínez, Julio2021).

En esta sesión de acompañamiento fue posible dimensionar la magnitud de la respuesta que se podía esperar por parte de los profesionales de la salud frente a los planteamientos de la sentencia, si bien los criterios clínicos del diagnóstico del embarazo en una menor de 14 años de edad, el antecedente de violencia sexual y la solicitud expresa de la paciente y su representante legal, garantizaban el acceso a la interrupción del embarazo de acuerdo con la ley, la respuesta de

parte de los profesionales responsables fue particularmente preocupante, situándonos frente a las respuestas que podrían presentarse a futuro con respecto a la implementación de la sentencia y el acceso de las usuarias al procedimiento de interrupción.

“El primer encuentro con la implementación de la sentencia tuvo lugar a través de una reunión organizada por el Ministerio de Salud Pública, frente a la solicitud de una paciente menor de edad en la provincia de Lago Agrio, que había solicitado el aborto y fue referida al hospital provincial, donde los médicos, incluido el gerente, quien además era parte del servicio de Ginecología y Obstetricia, se negaron a realizar el proceso. En la reunión donde participaron las abogadas de la madre y la paciente, el testimonio del Gerente del hospital detalló lo siguiente: -La paciente cursa con un embarazo normal, no se considera que existan argumentos clínicos para realizar el procedimiento y además debo informarles que todos mis médicos en el servicio de Ginecología y Obstetricia se han pronunciado en contra de la realización del procedimiento por lo que no se ha realizado hasta el momento-. El gerente del hospital señaló además que había un consenso general sobre la negativa de acceso al proceso, pero además no había intención de referir a la paciente a otro hospital y así habían transcurrido al menos dos meses” (Martínez, 2021).

En este registro del diario de campo, es posible identificar varios de los argumentos propios del personal médico y que se presentaron con varios casos similares durante el proceso de debate legislativo incluso hasta después de la entrada en vigencia de la ley aprobada por la asamblea, la aplicación de la objeción de conciencia colectiva, aun cuando la sentencia aclaraba que no podía ser aplicada como alternativa a la atención clínica de lo que Corte Constitucional había definido como una atención emergente y frente a la que se hacía énfasis en la necesidad de no establecer barreras de acceso de ningún tipo por parte del

sistema sanitario o sus profesionales. A lo largo de los debates legislativos en meses siguientes, ésta sería una de las principales barreras de acceso y vulneración de derechos reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres en el Ecuador.

En una investigación desarrollada en España en el 2010, sobre las percepciones, imaginarios y discursos de los profesionales de la salud sobre el aborto voluntario, realizada a partir de entrevistas a mujeres que experimentaron procesos de aborto y profesionales relacionados con la práctica e implementación del aborto voluntario vigente en la ley española desde 2010; fue posible identificar la significación e imaginarios de los médicos y médicas en relación al aborto, los mismos que están atravesados por elementos culturales, sociales, científicos, jurídicos, pero especialmente religiosos. Esta investigación tiene como principal objetivo contrastar las percepciones, imaginarios y supuestos de los profesionales médicos con las percepciones de mujeres que pasaron por procesos de aborto en un contexto jurídicamente favorable, pero que presenta diferentes dimensiones de barreras en el acceso, muchas de ellas relacionadas con aspectos culturales, éticos y morales con relación al aborto:

“En nuestra investigación hemos querido conocer justamente cómo los distintos supuestos que reconoce la ley son percibidos por los profesionales de la salud y también por las mujeres que experimentan directamente el aborto en sus cuerpos.

Cuando se habla de aborto, surge el aspecto del derecho, es decir no como algo médico, si no como un derecho de las mujeres. El derecho a elegir no procrear (contracepción y aborto libres) ha sido una de las reivindicaciones feministas, ampliamente asumida en la práctica cotidiana de las mujeres. Consideramos sin

embargo que el derecho al aborto actualmente se encuentra bajo el amparo de la medicina. Esto se evidencia cuando existe la amenaza de la falta de tratamiento médico o el intento de penalizar nuevamente el aborto” (Miranda Lucas & Comas d’Argemir, 2016).

En el caso ecuatoriano, el proceso desarrollado por el Ministerio de Salud en Ecuador, y el acompañamiento que se realizó en este primer caso, permitió conocer de primera mano las percepciones e imaginarios propios de los profesionales de salud en territorio, quienes serían los principales encargados de la aplicación de la sentencia, en el testimonio que presento a continuación se detallan los argumentos presentados por el Gerente del Hospital Provincial de la Provincia de la Provincia de Sucumbíos, frente al primer caso que conoció el Ministerio de Salud Pública con respecto a la aplicación

de la Sentencia de la Corte Constitucional en casos de aborto por violación y que generó la convocatoria a reuniones interdisciplinarias de expertos para acompañar a los profesionales en territorio en el abordaje y solución de los casos:

“Una vez terminada la exposición clínica del caso por parte del Gerente, procedí a preguntarle si consideraba que el embarazo en una niña menor de 14 años, víctima de violencia sexual, podía ser considerado normal, a pesar de las leyes vigentes y especialmente si tanto la niña y su representante legal habían solicitado expresamente la voluntad de terminar con el embarazo porque era producto de violación. A lo que el Dr. Respondió: - Tengo varias pacientes, mujeres adultas que no pueden quedar embarazadas, cómo entonces podría yo interrumpir un embarazo normal pensando en la bendición que significaría para ellas poder continuar con un embarazo. Esta paciente ha sido bendecida con un hijo, es nuestro deber proteger este embarazo en nombre de las mujeres que nunca podrán ser madres y como médicos nuestro deber de resguardar la vida, ante todo- “(Martínez, 2021).

Los argumentos presentados por el Gerente del Hospital, el mismo que refirió además ser líder del de Ginecología y Obstetricia, develaron el panorama de lo que sería la operativización e implementación de la sentencia constitucional y la situación de las niñas, adolescentes y mujeres frente a la atención oportuna y segura en casos de violencia sexual y embarazos no deseados. Los supuestos e imaginarios de las y los médicos encargados de la atención pasarían siempre por un juicio moral y de conciencia, que impide reconocer a la violencia sexual como un problema de salud pública, a las niñas, adolescentes y mujeres como ciudadanas sujetas de derechos y a la maternidad forzada como un elemento adicional de violencia. El ejercicio del biopoder en sus dinámicas en las estructuras jerárquicas de la gobernanza reproductiva se traduce en prácticas que atraviesan la relación clínica desde construcciones misóginas y patriarcales. Desde la institución médica, agente central del biopoder, el efecto en las decisiones clínicas por parte de los profesionales de la salud se produce a partir del secuestro de la autonomía como principio de la dignidad de las mujeres, la invisibilización de la violencia y la normalización de la maternidad forzada, sobre la base de construcciones morales y religiosas que se argumentan como elementos clínicos y técnicos que nunca son cuestionados. ¿Podríamos tal vez hablar entonces de una violencia reproductiva que se produce a través de prácticas médicas e incluso por negligencia y omisión en la garantía de derechos humanos, en el marco de las ya existentes barreras éticas y morales que hemos descrito:

“Y es que el aborto, como un aspecto esencial de la gobernanza reproductiva o de la biopolítica, es un terreno en disputa que se encuentra en permanente dialéctica entre el estado, el mercado, las instituciones médicas, las organizaciones religiosas y las demandas de derechos” (Miranda Lucas & Comas d’Argemir, 2016).

En las múltiples investigaciones desarrolladas en torno a los debates sobre el aborto en América Latina y Europa, predominan los enfoques jurídicos, feministas, biomédicos y de género. Desde lo médico, es posible identificar una tendencia a la medicalización del tema del aborto, enfocado en aspectos clínicos y técnicos como el diagnóstico o los protocolos quirúrgicos y de manejo, pasando por alto el abordaje desde lo ético y moral como componentes esenciales de las conductas médicas, convirtiendo finalmente a los profesionales de la salud en sujetos pasivos en el cumplimiento de las leyes y políticas públicas.

En el caso del Ecuador, y como vemos a lo largo de esta investigación, el rol de las y los profesionales de salud como parte sustancial de las barreras de acceso, violencia y vulneración de derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual, alcanza un nivel de participación activa preocupante, puesto que, en lugar de garantizar el derecho constitucional de acceso a la salud, se transforman en la principal herramienta de su vulneración:

“Muchas mujeres que acuden a un hospital por un aborto espontáneo no saben que están embarazadas, lo cual las vuelve más propensas a sufrir complicaciones durante el embarazo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador INEC, en 2019, unas 10,271 mujeres embarazadas sufrieron abortos espontáneos. Los datos mundiales indican que entre el 10 por ciento y el 15 por

ciento de los embarazos terminan en abortos espontáneos. La criminalización del aborto implica que cada niña y mujer embarazada que sufre un aborto espontáneo enfrenta el riesgo de ser investigada y procesada por aborto si intenta obtener atención médica y el profesional de la salud sospecha que puede tratarse de un aborto consentido y la denuncia”(Human Rights Whatch, 2021).

Previo a la Sentencia de la Corte Constitucional en el 2021 y desde el 2014, con los cambios promovidos por el Gobierno de Rafael Correa en el Código Orgánico Integral Penal con relación al aborto, la situación de las mujeres en términos de salud sexual y reproductiva cambió de forma drástica. En el reporte de 2021 elaborado por Human Rights Whatch sobre las implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador, donde el papel del sistema de salud y las barreras morales de los profesionales tienen un rol determinante. La vulneración de derechos y la precarización de las condiciones de salud y bienestar de las mujeres fue fuertemente afectada (Human Rights Whatch, 2021).

En el caso ecuatoriano, la existencia de una normativa jurídica en firme, como la sentencia Constitucional, parecía no ser suficiente para los profesionales de salud, aun cuando existían las condiciones operativas en lo que a capacitación, disponibilidad e insumos y protocolos disponibles respecta, posicionándolos como actores determinantes en la garantía del derecho al acceso al aborto en condiciones seguras. En las investigaciones realizadas en la región, cuyo enfoque se orientó hacia las percepciones e imaginarios médicos, podemos ver que la posición de la institución médica se corresponde con lo planteado en la gobernanza reproductiva, la estrecha relación entre la medicina y la religión funciona incluso independientemente del poder político, como es el caso de

Colombia, México, Argentina y España, donde la postura médica es esencialmente la misma:

“Distintas investigaciones han mostrado que en las actitudes de los médicos frente al aborto influyen factores diversos, que abarca los de carácter ético, religioso, político, jurídico y médico-científico; también se ha observado que estas actitudes tienen relación con elementos como el género, la edad o el tipo de práctica que los profesionales realizan. Los hallazgos de diferentes autores permiten ver que aun en países donde las leyes admiten el aborto bajo condiciones amplias (razones médicas, motivos socioeconómicos, o a solicitud de la mujer), coexisten sectores de médicos con posiciones diversas, desde las cuales unos favorecen la libre elección de las mujeres, otros aprueban el procedimiento sólo en determinadas situaciones y otros se oponen a él”(González, 1995).

A lo largo del proceso de debate legislativo, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, estableció canales regulares de acompañamiento a los profesionales de la salud en el territorio nacional, esta fuerza de tarea conjunta trabajó de forma permanente hasta los días previos a la votación en la Asamblea Nacional. El trabajo permanente e interdisciplinario con los equipos de salud, permitió generar un acompañamiento y seguridad jurídica y técnica en los equipos de salud, cuyas principales dudas se relacionaban con el manejo del consentimiento informado en casos de menores de edad, la posibilidad de la objeción de conciencia y los protocolos actualizados y seguimiento garantizando así la atención de calidad y el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos a las víctimas de violencia sexual que acudieron al sistema público de salud.

Las posturas diversas de los médicos, en el contexto de sistemas jurídicamente favorables al aborto, ya sea en los casos clínicos o de índole social, como es el caso del aborto por violación, están profundamente fragmentadas, si bien en el sistema público de salud, es posible que desde las autoridades se establezcan normativas que puedan garantizar el cumplimiento estricto de la ley, no existe garantía de que las resistencias y barreras de acceso impuestas, por los profesionales de la salud, proliferen en profesionales jóvenes, estudiantes de las carreras de la salud y científicos y académicos, lo cual presenta un panorama mucho más complejo para las mujeres. En las posturas de los profesionales de salud encargados de la atención a las mujeres que requieren servicios de salud sexual y reproductiva en general, como anticoncepción, manejo de infecciones de transmisión sexual, casos de violencia sexual o en particular acceso a abortos y manejo de sus complicaciones, predominan elementos de juicio moral y religioso entrelazados con elementos técnicos y médicos, generando un impacto negativo en la atención que podría ir desde la falta de empatía, la vulneración de la confidencialidad y la criminalización, como ya ha ocurrido en el país.

“No obstante, es habitual que médicos y otros profesionales de la salud violen el secreto profesional de las pacientes al denunciar presuntos abortos a las autoridades. Es posible que denuncien a las pacientes por sus propias convicciones personales, porque sus empleadores les exigen y los presionan para que denuncien cualquier caso que pudiera involucrar un aborto, o porque temen que el no denunciar los exponga a ser procesados penalmente en virtud de lo establecido en las leyes sobre aborto de Ecuador. No obstante, cabe recordar que las mismas leyes del Ecuador, no permiten que se realicen denuncias cuando se está amparado por el secreto profesional, como sería en

estos casos. El supuesto “deber” de los profesionales de la salud de presentar denuncias penales, aunque esto sea ilegal, crea una doble barrera. Por un lado, desalienta a las mujeres y niñas de acceder a servicios de aborto o a la atención post-aborto, o a la asistencia médica por complicaciones obstétricas durante el embarazo” (Human Rights Watch, 2021).

Cuando los criterios técnico-médicos se ven influenciados por las creencias religiosas y los juicios morales, es posible que se impongan barreras innecesarias y obstáculos en el acceso al aborto en casos de violación como mecanismo de resistencia si se trata de leyes o mandatos impuestos por autoridades superiores, como es el caso de la sentencia de la corte constitucional. Para los profesionales de la salud, el abordaje del aborto sigue siendo un tema eminentemente médico que debe pasar por el proceso de diagnóstico y tratamiento, aun cuando se reconoce como un problema social y de salud pública, sin embargo, esto aplica especialmente para los causales de salud y vida cuando existe riesgo directo para la mujer, lo cual complica el acceso en casos como por ejemplo el aborto en casos de violación o por motivos socio económicos (González, 1995).

“Hay que tener en cuenta además los propios objetivos de un acto médico, que son indiscutibles cuando existe un diagnóstico de malformación o peligro para la salud de la madre o del feto, pero que en cambio no aparecen cuando es la propia mujer quien decide por distintas razones si puede llevar adelante un embarazo o no. Al diagnóstico médico, como criterio profesional, se le otorga más valor que a la decisión de la mujer sobre su cuerpo” (Miranda Lucas & Comas d’Argemir, 2016).

Es fundamental reconocer y abordar estos condicionamientos en la práctica médica, promoviendo la separación de los juicios morales y las creencias religiosas de los criterios técnicos y científicos en la atención al aborto. Esto

permitiría garantizar el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres, su autonomía y su bienestar integral, brindándoles el apoyo necesario en momentos de vulnerabilidad y asegurando una atención médica basada en la evidencia y la empatía.

5.3 ANÁLISIS DE LOS PÁNELES DE PERSONAS EXPERTAS MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Con este panorama y en el medio del proceso de debate sobre el proyecto de ley en la Asamblea Nacional, el Ministerio de Salud Pública como autoridad Sanitaria volcó sus esfuerzos en la implementación de estrategias emergentes que permitan navegar el proceso de implementación de la sentencia constitucional y generar un proceso de sensibilización, acompañamiento y capacitación para los profesionales en territorio, con la finalidad de garantizar calidad en la atención y acceso seguro para las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual. Una de las principales estrategias, lideradas por la Dirección de Género y Derechos Humanos consistió en la organización de Mesas Técnicas con expertos que abordarían los principales nudos críticos generados en el debate del proyecto de ley en la Asamblea y que estarían dirigidas al personal administrativo en los distintos servicios de salud como gerentes, jefes de servicio, personal de asesoría jurídica; personal operativo encargado de la atención: médicos generales, residentes, especialistas, personal de enfermería, salud mental y trabajo social, entre otros.

De acuerdo con los nudos críticos, la planificación de las mesas de expertos abordó los siguientes temas:

- **Implicaciones legales y principios bioéticos en la Sentencia Constitucional.** En esta mesa, los elementos centrales de la discusión incluyeron el manejo de las solicitudes de interrupción del embarazo en caso de violación por parte de menores de edad, la aplicación del consentimiento informado y asentimiento en caso de menores, el principio de confidencialidad y la obligatoriedad de denuncia, así como también los requisitos establecidos para el acceso por parte de las usuarias del sistema sanitario.
- **Acciones del sistema nacional de salud.** En esta segunda sesión, el foro se abrió para que los participantes a nivel nacional puedan generar preguntas relacionadas a la implementación de protocolos vigentes adaptados al contexto de la sentencia, los elementos más relevantes fueron los plazos de la implementación y el manejo clínico y quirúrgico, así como el seguimiento y tratamiento de complicaciones.
- **Manejo Farmacológico del aborto: Guías de práctica clínica y protocolos internacionales vigentes.** Solicitado expresamente por las y los participantes de los encuentros anteriores, se destinó una mesa específica destinada al manejo farmacológico del aborto y la relación con los plazos establecidos, adicionalmente se trabajó sobre el manejo del

dolor y el seguimiento, junto con la asesoría en anticoncepción y acompañamiento en temas de violencia sexual.

El desarrollo de las mesas de expertos permitió abordar preguntas y aclarar dudas con respecto a las reflexiones éticas y bioéticas que el aborto genera en las y los profesionales de salud y personal administrativo como por ejemplo abogados y gerentes de los servicios. Adicionalmente se abordaron temas clínicos y de manejo específico de los casos, el fortalecimiento de la implementación de las estrategias de prevención y manejo de violencia y la transversalización de los enfoques de género y derechos humanos en la atención de salud (Martínez, 2021).

Figura 11 Preguntas Personal de Salud. Mesas de Expertos



Fuente: Elaboración Propia.

Si bien el objetivo de las mesas de expertos era principalmente informativo y de sensibilización para el personal de salud, este espacio hizo posible conocer las principales dudas y percepciones de forma general con respecto al aborto y en particular sobre el proceso de implementación de la sentencia en el contexto cotidiano de la atención en los servicios de salud. Entre ellas destacan las preguntas sobre el manejo de los requisitos para garantizar el acceso, la realización de los procedimientos en menores de edad, la objeción de conciencia y la forma como se podría derivar a las mujeres hacia otros servicios. A partir de estas mesas fue posible desarrollar nuevos espacios de discusión y acompañamiento para el personal, así como también facilitar el acceso a protocolos internacionales y evidencia científica, reforzar buenas prácticas en el manejo de casos de violencia, enfoque de género y actualizar los conocimientos en bioética y legislación médica.

5.4 ANÁLISIS DE LOS GRUPOS FOCALES MEDICOS RESIDENTES POSTGRADO GINECOLOGIA/OBSTETRICIA

Adicionalmente a los talleres desarrollados por el Ministerio de Salud Pública y como parte de la colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas durante el proceso de abogacía y trabajo de campo, se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos y médicas dedicados a la educación médica, dos grupos focales con médicos y médicas residentes del postgrado de ginecología y un taller informativo con profesionales de la salud afiliados al colegio médico de la provincia de Pichincha. Todos con la finalidad de generar espacios

de análisis de la sentencia, sus implicaciones, derechos y obligaciones de los profesionales, además de reafirmar los principios bioéticos la situación de violencia basada en género que viven las niñas, adolescentes y mujeres en el Ecuador.

El primer grupo focal con médicos y médicas postgradistas del programa de Ginecología y Obstetricia del Hospital AXXIS de la ciudad de Quito tuvo lugar el 18 de agosto del 2021, con la participación de 3 tutoras, el coordinador del programa y 6 médicos residentes.

En el primer taller se presentó un resumen de la sentencia de la Corte Constitucional y el proyecto de ley presentado por la Defensoría del Pueblo. La información generó una interesante ronda de preguntas sobre la aplicación de plazos para la IVE, los alcances y regulaciones de la Objeción de Conciencia.

Luego de la experiencia con los participantes en las mesas técnicas desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública, quedó claro que la publicación de la Sentencia Constitucional tendría un efecto importante en la institución médica. Hemos visto que las preguntas más frecuentes por parte de los profesionales coinciden con los nudos críticos planteados por la Corte Constitucional, los mismos que serían extensivos a los debates en la Asamblea y la sociedad civil. A diferencia de otros momentos, el hecho de que la más alta Corte del Ecuador se pronuncie sobre un tema sensible y polémico para distintas porciones de la sociedad reforzó el sentido de legitimidad y pertinencia de las luchas feministas y de derechos sexuales y reproductivos, en plena consonancia con la situación regional con

respecto al aborto, lo cual devino en la preocupación de parte de los gremios de profesionales de la salud que empezaron a generar espacios de debate y participación sobre las implicaciones sanitarias de la sentencia y especialmente el rol de los médicos en su implementación.

El taller planificado con estudiantes y tutores del programa de postgrado en Ginecología y Obstetricia formó parte de las actividades de levantamiento de información y abogacía que se desarrollaron al tiempo que ocurría el debate en la Asamblea Nacional, iniciamos el primer encuentro presentando un resumen de lo establecido en la sentencia, con énfasis en los artículos dirigidos al sistema y personal sanitario, para luego enfocarnos en los nudos críticos del debate que, como hemos señalado anteriormente incluyen los plazos permitidos para la realización de abortos en casos de violación, los requisitos que deben cumplir las mujeres solicitantes y finalmente el derecho a la objeción de conciencia por parte de los médicos y médicas. Las expectativas eran altas, al igual que las dudas sobre este tema en particular:

“Como ginecóloga y tutora del programa de postgrado, mi principal interés y expectativa es conocer claramente cuáles son los alcances de esta ley, como médicos especialistas no hemos sido considerados en el proceso de análisis y seremos quienes tendremos la principal responsabilidad en la atención a las pacientes” (Tutora #1 Post Grado G/O Agosto, 2021).

Si bien el debate desencadenó la fragmentación de las posturas médicas, la fragmentación en las posturas de los profesionales en diferentes espacios, como vimos a lo largo de las mesas de expertos desarrolladas por el Ministerio de Salud

Pública, con la finalidad de acompañar a los profesionales en los procesos de atención de los casos que presentaron previa la aprobación de la ley, era igualmente importante incluir a los profesionales en formación, de tal forma que, se pueda generar un proceso de abogacía e incidencia que tenga efectos inmediatos y a mediano plazo en la transformación educativa de los profesionales de la salud con enfoque de derechos y género.

“La formación universitaria tampoco le da al médico las herramientas para comprender cabalmente los aspectos jurídicos del aborto. En consecuencia, la mayoría de los médicos -y las instituciones públicas de salud- se rehúsan a practicar abortos, aún en los casos amparados por la ley. Además de las consideraciones éticas o religiosas, y del temor a la estigmatización, que sin duda tienen gran influencia, en nuestro contexto tiene especial importancia la falta de una comprensión adecuada de las leyes. Los términos fuertemente restrictivos en que están redactadas inducen a que en general los médicos asuman que el aborto es ilegal en cualquier circunstancia”(Gonzalez de León., 1995).

A partir de las reflexiones de los estudiantes de postgrado y sus tutores, podemos ver que el contexto mexicano antes descrito y el ecuatoriano en pleno debate de legislativo tienen más de un elemento en común. Los vacíos curriculares en la formación universitaria con respecto a temas de debate ético y jurídico como es el caso de la salud sexual y reproductiva y los derechos como aspectos esenciales en la determinación social de la salud como nuevo paradigma, atraviesan las narrativas, preguntas y reflexiones a lo largo del desarrollo de este grupo focal:

“Para mí como residente es importante conocer lo que esta nueva ley representa para nosotros, es frecuente que atendamos a pacientes adolescentes y menores

de 14 años, sin tener claro cómo debemos proceder ahora, queremos cumplir con nuestro trabajo y ayudar a nuestras pacientes, pero necesitamos información sobre cómo proceder ahora” (Médico Residente Post Grado G/O Agosto, 2021).

Al abordar la descripción del proceso de construcción del proyecto de ley que se discute en la Asamblea, uno de los aspectos que genera la gran mayoría de comentarios por parte de las tutoras que participaron en el grupo focal se relaciona con el lenguaje de derechos reproductivos cuando se hace referencia al derecho a decidir sobre cuándo y cuantos hijos tener o el derecho a la autonomía en las decisiones que afectan a la salud o la vida de las personas, es posible ver cómo en los comentarios, reconocen posibilidad de estos derechos como nuevas herramientas de participación social en la salud, pero cuando se sitúan frente a la posibilidad de interrumpir un embarazo, aun en el contexto de una violación, resulta muy difícil de aceptar:

“Personalmente no creo que el aborto pueda ser considerado un derecho de las pacientes y que sea más importante que el derecho a la vida que como médicos nos han enseñado a valorar y hacer respetar, cómo será la implementación ahora que cualquier paciente puede decir que fue violada solamente para poder abortar” (Tutora #2 Post Grado de G/O Agosto, 2021).

Esta reflexión constituye uno de los planteamientos más frecuentes por parte de los profesionales que participaron en los grupos focales y que devela una fragmentación en las posturas sobre lo que se entiende sobre los derechos humanos, la construcción de categorías en términos de la importancia que le asignan al derecho en cuestión y los determinantes morales que inciden en la

relación clínica en los casos de víctimas de violencia sexual que requieran abortar.

Si bien existe la disposición de atender y cumplir con su deber profesional, cuando se trata de un tema altamente polémico, los argumentos morales y religiosos surgen de forma periódica en las intervenciones ya sea a modo de preguntas o bien cuestionamientos a la calidad de la sentencia de la corte:

“Si tengo una paciente que cursa con un embarazo normal, y la paciente dice que ha sido violada y quiere abortar, usted dice que es un derecho hacerlo, ¿quién defiende entonces el derecho de ese bebe que no pidió venir? Nuestro principal deber como médicos es salvar las vidas de los pacientes, porque no se considera este derecho primero” (Tutora #1 Post Grado de G/O, Agosto 2021).

El dilema entre la defensa de la vida y el derecho a decidir parece ser uno de los argumentos centrales en los debates médicos en la toma de decisiones cuando se trata de la cristalización del derecho a la autonomía y donde las mujeres se mantienen subsumidas a las prioridades de terceros.

En las discusiones sobre las semanas de gestación en las que se debería permitir el aborto, por ejemplo, los participantes preguntaron sobre las alternativas que manejan la reducción de los plazos, aun cuando en los casos de violación y si las víctimas son niñas o adolescentes, toma mucho más tiempo reconocer la violencia e identificar que se ha producido un embarazo.

Esta consideración guarda relación con las definiciones clínicas más conservadoras que afirman que a medida que avanza el embarazo, el aborto se vuelve una situación de riesgo progresivo para la mujer por lo que es mejor no

realizarlo, a pesar de que la evidencia científica actualizada ratifica que hay procedimientos y protocolos seguros para realizar abortos con riesgos prevenibles y limitados.

El derecho a la vida, para los profesionales médicos, es central en los debates que se desarrollan en torno al aborto, sin embargo, no es visto como el derecho de las mujeres a vivir con dignidad, sin secuelas de violencia y sobre todo a no ejercer una maternidad forzada, en las narrativas que hemos presentado con respecto al aborto, las mismas que se repiten a nivel regional en los discursos médicos, la normalización de la maternidad forzada, la violencia sexual y las maternidades infantiles se esconden tras la defensa de la vida como un principio hipocrático tradicional y propio de la profesión médica. Para los médicos que participaron en las mesas de expertos, en las reuniones de acompañamiento en territorio e incluso aquellos en procesos docentes y de formación profesional, las mujeres, en situación de violencia sexual, se mantienen en un lugar marginado al acceso a derechos fundamentales, que se reconocen en otros en primer lugar, por ejemplo, el derecho a la vida.

En un análisis jurídico sobre las decisiones médicas frente al aborto, el papel de los profesionales de salud queda al descubierto cuando se analizan los procesos de criminalización y judicialización de mujeres criminalizadas por el delito de abortar en el Ecuador y el reconocimiento como sujetas de derechos, Elsa Guerra (2018), docente de la Universidad Andina Simón Bolívar detalla lo siguiente:

“A pesar del marco constitucional de protección, la penalización del aborto consentido restringe el acceso a una atención médica oportuna y, en consecuencia, al ejercicio del derecho a una salud reproductiva. La penalización del aborto, articulada al carácter moral de la sociedad patriarcal genera una vulneración irrazonable de este derecho que provoca en numerosas ocasiones un menoscabo al derecho a la vida de las pacientes”(Guerra Rodríguez, 2018).

Esto implica que, aun cuando existen marcos legales favorables a la cristalización de derechos, siendo el derecho a la salud uno de los considerados como esenciales, para las mujeres siempre estarán relegados a otros derechos o a los derechos de otros. En el caso de los médicos, la defensa del derecho a la vida del no nato se presenta como primordial, incluso cuando las leyes reconocen la posibilidad de las mujeres a decidir sobre un embarazo que ha sido impuesto a través de violencia.

En este aspecto, la criminalización social del aborto, y que como hemos visto alcanza a las decisiones médicas en diferentes espacios de la práctica profesional y la implementación de leyes y políticas públicas, devela una serie de contradicciones donde los supuestos e imaginarios morales de los médicos y médicas contrapesan con las normativas y leyes vigentes, y se produce la fragmentación de las posturas tradicionalmente conservadoras, frente a la necesidad de proteger a las mujeres, garantizar la atención y participar como garantes de derechos frente a los problemas de la violencia y el abuso sexual. Para los profesionales, la comprensión de las leyes en relación con elementos técnicos de la práctica clínica y médica resignifica los elementos más tradicionales de la educación médica, de la misma forma que la determinación social propone

nuevas formas de entender los procesos de salud y enfermedad, desde lo social. La bioética moderna, plantea desde su relación estricta con el derecho, la necesidad de regular el criterio médico como una herramienta de protección de la población, así como una de construcción del modelo médico hegemónico como estructura de poder (Gonzalez de León, 2008; Miranda Lucas & Comas d'Argemir, 2016).

“En el caso de la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, por ejemplo, se reportó que a pesar de que existen mecanismos más eficaces, económicos, menos dolorosos y sencillos para retirar restos ovulares en caso de abortos incompletos, como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), todavía se ejecutan los legrados tradicionales, cuyo procedimiento es más complejo, doloroso y requiere más tiempo de recuperación. Esta condición permite entrever la forma en que el personal hospitalario reprime física y moralmente el comportamiento de la mujer al decidir abortar, situación que se reproduce en otros centros hospitalarios del Ecuador” (Guerra Rodriguez, 2018)

Finalmente, el tercer elemento que aparece en las narrativas médicas y las participaciones que se generaron en los talleres y grupos focales corresponde a la objeción de conciencia como derecho y posibilidad real para los médicos, evitar la realización de abortos resguardando su integridad moral y creencias personales cuando se declaran “provida”.

A lo largo del proceso de socialización y debate luego de la sentencia constitucional, la institución médica hizo pronunciamientos permanentes al respecto de las posturas frente al acceso al aborto y su legitimidad desde lo médico y científico, estas posturas dejaron ver la fragmentación de los discursos médicos entre el cumplimiento de la ley y la posibilidad de objetar el aborto como

procedimiento médico ético y el reconocimiento de las mujeres como sujetas del derecho a decidir sobre sus cuerpos, especialmente en contextos de violencia (Martínez, 2021)

En una investigación desarrollada con estudiantes de último año de medicina frente al aborto en Colombia en 2019, se identificaron justamente elementos similares en los imaginarios y supuestos que hemos descrito frente a la objeción de conciencia como alternativa para el personal de salud:

“En la literatura se reportan dos razones principales en los profesionales de la salud para objetar conciencia. En el primer caso se debe a desconocimientos teóricos y prácticos en el ejercicio médico y en el segundo caso se presenta por motivos personales como creencias, principios o convicciones. Con respecto a las razones, algunos autores afirman que la primera obligación debe ser con los pacientes y no con los propios miembros del personal. Por tanto, se ha sugerido que los objetores deben estar obligados a justificar su posición, “probando la autenticidad”, ya que el libre acceso a la objeción de conciencia podría llevar al personal a negarse para evitar deberes desagradables” (Martínez-Sánchez et al., 2019)

Sobre la objeción de conciencia como posibilidad para los médicos, los derechos toman una dimensión interesante que no se evidencia cuando nos referimos a la salud sexual, reproductiva o el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos, parecería entonces que para los médicos existe una jerarquización de la relevancia de los derechos considerados como importantes versus los que son secundarios. Nuevamente podemos ver dónde se sitúan los derechos de las mujeres en relación con el derecho a objetar conciencia de los profesionales. Es importante señalar que, cuando se debatió sobre la regulación de la objeción de

conciencia con la finalidad de garantizar el acceso al aborto y la prevención de abortos clandestinos y complicaciones en la salud y vida de las mujeres, todos los profesionales se mostraron preocupados y hasta molestos.

Desde la perspectiva de los profesionales, es posible identificar que los discursos están fragmentados entre la ética profesional aprendida durante el proceso formativo académico, las reflexiones desde la moralidad del respeto a la vida como valor esencial y que, junto a la ausencia de reflexiones desde los enfoques de género y derechos humanos, resultan en el ejercicio clínico y sanitario desde un instinto más bien moral que científico y social. Para todos quienes participaron, los acercamientos a los derechos humanos y al género como enfoques transversales para el trabajo en salud se abren espacio a partir de las demandas e interacciones con usuarios del sistema de salud, poniendo sobre la mesa la necesidad de nuevas estrategias que mejoren la calidad de vida desde una perspectiva integral. Reconocen la importancia de la formación que incluya a los derechos humanos, la bioética y el género como las nuevas herramientas que favorecen ampliar y fortalecer el carácter social de la ciencia médica, consideran que de esta forma podrían sentirse más seguros en el momento de tomar decisiones que protejan a las mujeres, especialmente en contextos de violencia y discriminación.

6 CONCLUSIONES

Hemos visto la construcción histórica de la salud de las mujeres desde supuestos e imaginarios científicos, cuyo principal objetivo radica en la invisibilización, objetivación y distorsión de los cuerpos a partir de la medicalización a partir de la caracterización de los cuerpos femeninos como versiones frágiles de los masculinos; y cuya principal función es la reproducción social y el cuidado (Nogueiras, 2020). La construcción del cuerpo femenino a partir de una serie de supuestos e imaginarios que giran en torno a la sexualidad y a la maternidad. En el discurso médico clásico, marcado por el sesgo androcéntrico patriarcal, las mujeres se anulan como sujetos y se transforman en agentes de patología y enfermedad. La ciencia, de la mano de la influencia religiosa conspiran para construir un imaginario social de la mujer que se mantiene subsumido a la reproducción y el cuidado como roles sociales públicos y al erotismo y sexualidad en el ámbito privado. Las construcciones del cuerpo femenino como una versión defectuosa del masculino, permite a la ciencia médica construir una serie de supuestos e imaginarios basados en lo que creen saber de las mujeres, la menstruación, la configuración anatómica de los órganos genitales y la maternidad, son solo algunos de los principales mitos que se construyen a partir del imaginario médico. Lo que sí está claro, y es, hasta la actualidad, uno de los rasgos característicos de la relación mujeres-medicina, es que, aquello que no es

posible explicar o entender debe controlarse o producir beneficio(Esteban et al., 1996).

La ausencia de las mujeres en la historia de la medicina resulta más bien en uno de sus tantos cautiverios como víctimas del conocimiento basado en el mito y el modelaje que determina una larga historia de poder-sumisión propio del patriarcado(Lagarde y de los Ríos, 2011).

El cuerpo como objeto, es una disfunción de la anatomía masculina, la ausencia de órganos y funciones fisiológicas que son explicadas desde las construcciones culturales y religiosas. En este contexto, el poder, la dominación y el modelaje, aparecen como las principales estrategias patriarcales para someter a las mujeres y hacerlas cautivas de sus propios cuerpos cuando quienes deciden sobre su salud, vida, reproducción y sexualidad son otros.

En los debates feministas que alcanzan a la salud, la salud sexual y reproductiva tiene un protagonismo central. El control de los cuerpos, la sexualidad y la maternidad como herramientas de regulación social, guardan una profunda y directa relación con la forma como la medicina opera a favor del ejercicio del biopoder en las dinámicas del modelo médico hegemónico. Para los profesionales de la medicina que participaron, los acercamientos y reflexiones sobre derechos humanos están determinados por una serie de encuentros y desencuentros que van generando reflexiones y cuestionamientos permanentes a los aspectos más profundos de la identidad médica. Desde los procesos formativos y de educación médica, el reconocimiento del sistema médico como un entramado jerárquico y

asimétrico de poder, conocimiento e incluso violencia, llega a ser mucho más evidente a partir de la cotidianidad como estudiantes o bien en las dinámicas de las relaciones clínicas con pacientes.

Está claro que para los profesionales de salud que participaron en esta investigación, la formación en derechos humanos, género y bioética, ha tomado un protagonismo cada vez más significativo en las dinámicas clínicas y de formación en las carreras de ciencias de la salud, para las y los participantes, la necesidad de abordar estos temas cada vez con más frecuencia y como elementos transversales en las ciencias de la salud, incluye la posibilidad de enfrentar un nuevo paradigma de la medicina social, los derechos y el género.

La invisibilización de las mujeres como sujetas sociales, trasciende a la construcción del cuerpo femenino y la medicalización al servicio de los intereses del patriarcado como sistema social. En la medicina, la construcción de la sexualidad y reproducción como roles femeninos al servicio de la reproducción social a partir de la reafirmación del cuidado, pasa por una construcción anatómica, fisiológica y fisiopatológica del cuerpo femenino como una versión defectuosa del masculino, que se debe controlar (Nogueiras, 2020). En los modelos de relación clínica, pensados también desde el reconocimiento del núcleo androcéntrico patriarcal que atraviesa a la medicina, la mujer no existe ni desde el rol profesional que ejerce poder, menos aún en el rol de paciente. Ya en el modelo paternalista de atención, la invisibilidad de las mujeres opera como una de las estrategias más eficientes del control y medicalización del modelo

biomédico, aquello que no se reconoce, no se mira y lo que no se mira no existe; lo cual explica por qué son otros quienes deben explicarnos cómo es que funcionan nuestros cuerpos. En este aspecto, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos atraviesa un camino histórico que aún se enfrenta a constantes desafíos. Desde el biopoder, y para la institución médica, el reconocimiento del paciente como un sujeto autónomo, libre y capaz de autodeterminarse, constituye uno de los principales retos. De ahí que, la transformación del modelo paternalista médico, hacia cualquiera de los modelos que promueven versiones más autónomas del rol de los pacientes, resultan en procesos interminables de ensayo/error, que no terminan de concretarse en ningún modelo formativo vigente.

Desde la caracterización del modelo médico hegemónico propuesto por Eduardo Menéndez y la relación del sistema médico con las mujeres desde la mirada de Mari Luz Esteban, la operativización del biopoder en concordancia con el discurso de la iglesia, se posicionan como elementos definitorios de las primeras políticas públicas en salud sexual y reproductiva cuando nos situamos en Ecuador, donde el rol de la institución médica toma una dimensión fundamental en el control, regulación y distorsión de la sexualidad y reproducción para las mujeres bajo el velo de las políticas sanitarias (Esteban et al., 1996). Políticas poblacionales destinadas a mantener la natalidad como herramienta social y sexualidad problemática que se enfoca puramente en la regulación del trabajo sexual, son los principales ejemplos del abordaje técnico moral en el Ecuador en la primera

mitad del siglo XX y cuyos postulados centrales se mantienen vigentes hasta la actualidad.

La hegemonía del poder médico es, sin lugar a duda, una de las principales herramientas de control legítimo sobre el cuerpo de las mujeres, la maternidad como destino primordial del cuidado y función social se reafirma como un elemento estructural de la sociedad que se reafirma científicamente desde la institución médica y a su vez fortalecen las posturas más conservadoras de la moral religiosa invisibilizando a las mujeres como sujetas de derechos anulando su ciudadanía. Los alcances de los discursos más conservadores en relación con la posibilidad de que las mujeres puedan decidir sobre la maternidad, sexualidad y en general sobre sus cuerpos, trascienden hasta la regulación del acceso a la educación y participación de las mujeres en distintos espacios que constituyen las primeras disputas en términos de la salud y la educación. El acceso a la formación universitaria en carreras sanitarias para las mujeres constituye una de las principales disputas en el terreno científico y político que es duramente cuestionada por la institución médica hasta la actualidad y que se mantiene como un espacio eminentemente masculinizado y patriarcal.

Desde los estudios de género y los nuevos enfoques feministas, analizar la relación entre el sistema biomédico y la salud de las mujeres contribuye al análisis de la salud y la medicina donde las voces de las mujeres como usuarias es fundamental, de tal forma que es posible identificar nuevas formas de violencia, desigualdades e inequidades en una esfera científico/médica que principalmente

atraviesa los cuerpos cuando construye a la anatomía de la mujer como una versión defectuosa de la anatomía del hombre, libertades y decisiones de las mujeres por ejemplo frente a su sexualidad y reproducción (Esteban, 2004). En ambos casos la maternidad y el cuidado se constituyen como ejes sociales de las mujeres y que trascienden al ámbito de la salud, donde se suman a la falta de autonomía en las decisiones, propio del modelo médico paternalista. La falta de autonomía, la imposición clínica y moral por parte de la medicina, es mucho más evidente en la salud de las mujeres.

Entender el cuerpo como un espacio en disputa, para las mujeres resulta en un ejercicio mucho más complejo cuando abarca los temas de salud y la ciencia médica, debido a la existencia de una tradición médica paternalista que se ejerce desde el desconocimiento de las libertades en la toma de decisiones, limita el acceso a la información y restringe la posibilidad de cuestionar el poder y la jerarquía en todos los espacios.

El modelo médico no sólo resulta hegemónico en términos de permanencia y reproducción, pero además en que se constituye como una herramienta de poder político y científico donde se profundizan las desigualdades interseccionales que ya eran evidentes en lo que a salud respecta. La reivindicación de la sexualidad como un derecho que se ejerce desde el placer y la reproducción como el ejercicio de la autonomía individual es una transgresión al poder hegemónico sanitario, en donde es posible evidenciar la legitimación del dogma religioso que condena el placer y busca sostener el rol materno y de cuidado como elementos estructurales

de la sociedad a costa de las mujeres y sus cuerpos, de ahí que desde los cuestionamientos feministas y de género a la institucionalidad científica en general y médica en particular constituyen avances silenciosos en términos de la calidad de vida, libertad, bienestar y el ejercicio pleno de los derechos, que aun encuentran fuertes resistencias para ser implementados.

En Ecuador el abordaje de la salud sexual y reproductiva tiene una historia escabrosa, si lo vemos desde lo que implica a las mujeres; especialmente debido a la fuerte influencia de la Iglesia en el discurso médico que, como hemos visto anteriormente, atraviesa los supuestos e imaginarios científicos, que hasta la actualidad se encuentran insertos en el discurso médico. Por lo tanto, no es para nada extraño, que la necesidad de reformar las percepciones, imaginarios y supuestos que trascienden a la dimensión de políticas públicas o leyes venga de forma permanente de las mujeres como agentes de cambio y transformación, no es posible pensar en igualdad, equidad o peor aún libertad si no existe un mínimo de autonomía sobre el destino del cuerpo, como ya lo expresa Foucault al referirse al biopoder.

Desde el género y la teoría feminista, aplicadas al modelo médico hegemónico, la construcción de los imaginarios y supuestos sobre los cuerpos de las mujeres, institucionalizados y legitimados a partir de la ciencia médica, redefinen la realidad de los cuerpos como herramientas de reproducción social que debe controlarse. A partir de la operación conjunta de una maquinaria social de poder, donde el Estado, la Iglesia y el poder científico que recae en la institución médica, la salud

sexual y reproductiva de las mujeres toma una dimensión relevante en la sociedad a partir de la reafirmación del rol del cuidado y la maternidad como su principal herramienta.

En este contexto, el aborto se analiza desde la mirada disidente de las mujeres como una herramienta de rebelión ante la imposición del rol materno y de cuidado, constantemente contrapuesto con supuestos e imaginarios sobre el cuerpo y rol de las mujeres en el marco de construcciones religiosas y sociales que atraviesan la totalidad de los discursos y en el caso médico, se convierte en un operador clave al servicio del patriarcado, como una herramienta de disciplinamiento sistemático y sistémico que resignifica a la ciudadanía de las mujeres como una función social y no un derecho.

Hemos identificado que el debate sobre la autonomía reproductiva de las mujeres se reduce a las construcciones sobre el matrimonio y la crisis poblacional donde las mujeres son operadoras involuntarias de una maquinaria patriarcal que persigue la reproducción social, determinando las primeras transgresiones morales y religiosas en el ejercicio de la sexualidad o el derecho a una maternidad planificada y consentida. En esta dinámica el rol de la institucionalidad médica consiste en legitimar las estructuras de poder que se oponen a la autonomía de las mujeres, cuando los cuerpos se reconquistan a través de la autonomía y no se dispone del espacio reproductivo social o al servicio del placer sexual.

Finalmente, existe una disputa interna y permanente en la profesión médica, desde los planteamientos tradicionales e históricos de la deontología médica

hipocrática que propone al servicio y la entrega del médico a sus pacientes. El ideal del cuidado visto a través del paciente, cuando se lo invisibiliza en la toma de decisiones, contrasta con el reconocimiento de la autonomía como una de las principales herramientas de dignidad y bienestar para las personas. Estas reflexiones, interseccionan de igual forma, cuando la salud se aborda desde la determinación social. La medicina se está transformando, el cuestionamiento al modelo médico hegemónico, las reflexiones hacia la transformación del modelo paternalista de relación médico-paciente y las nuevas miradas feministas a la bioética y la regulación de las ciencias de la vida, son sólo algunos de los espacios de incidencia transformación donde es posible vislumbrar oportunidad de cambio que mejoren de forma permanente las condiciones de vida de las mujeres. Si los cuerpos se mantienen como espacios en disputa, la salud y la medicina deben consolidarse como herramientas de conquista y garantía de derechos para todas, todos y todes.

El rol de la formación universitaria de los profesionales de salud es fundamental en la transformación de los imaginarios y supuestos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde un enfoque de género y derechos humanos, por lo que no basta con ampliar la participación de los médicos en los debates sociales sobre las leyes que se discuten a nivel legislativo o en la construcción de políticas públicas y normativas. Se requiere un proceso integral y transversal de transformación curricular que reconozca la importancia y trascendencia de estos enfoques con impactos positivos en la calidad de la atención y en el bienestar

general de la población, especialmente de poblaciones tradicionalmente discriminadas o cuyos derechos son sistemáticamente vulnerados.

La participación de los médicos en los debates científicos sobre la implementación de protocolos y políticas públicas que afectan a la cristalización del derecho a la salud sobre la base de construcciones morales y supuestos patriarcales deben incluirse en los debates académicos y científicos al más alto nivel. Es necesario erradicar el estigma que sufren las y los investigadores en temas de salud sexual y reproductiva con miradas disidentes a las metodologías tradicionales, la investigación y el cuestionamiento al modelo médico hegemónico debe incluir el enfoque de género y derechos, de lo contrario seguiremos encontrando un sesgo androcéntrico en sus propuestas.

Desde la medicina como institución, el enfoque bioético neutral constituye uno de los aspectos más importantes en los imaginarios y supuestos que componen la deontología médica, este paradigma histórico en la cultura médica, se distancia del reconocimiento de la determinación social de la salud como un nuevo paradigma que considera el contexto social, cultural integral de las personas y cómo el ambiente impacta directamente en la salud y el bienestar. No es posible mantener una postura neutral frente a temas que afectan directamente a la calidad de vida y el bienestar como la pobreza, la violencia o las desigualdades estructurales y sistémicas.

Los cambios en el paradigma de la atención médica desde el enfoque salutogénico y la determinación social de la salud necesitan incluir al género y

derechos humanos como instrumentos esenciales en el análisis para la deconstrucción del modelo médico hegemónico y la transformación hacia la salud integral. Existen brechas importantes entre el enfoque biologicista de la medicina tradicional y las necesidades sanitarias que se enmarcan en la garantía de derechos humanos, cuestionando el ejercicio del poder sobre la autonomía y bienestar de las personas. Estas transformaciones constituyen las herramientas necesarias que los profesionales de la salud requieren para reivindicar el compromiso de servicio, cuidado y acompañamiento, entendiendo la salud como un proceso de revolución en la garantía de derechos.

En las percepciones de los profesionales de la medicina, se reconoce la importancia de los temas relacionados con derechos humanos como eje integrador de la atención integral de salud. Sin embargo, también reconocen que la existe una hipertrofia de la instrucción clínica con predomios medicalizantes, que invisibilizan temas sustanciales para las personas.

7 BIBLIOGRAFIA

Acosta, A., & Aguilar, L. (2019). Hablar de Aborto con todas las letras. *Wambra, Medio Comunitario*. <https://wambra.ec/hablar-de-aborto/>

Action Canada for Sexual Health and Rights. (2019). *Unpacking Advocacy in the context of sexual and reproductive health and rights*.

Alameda-Cuesta, A., Blanco-Fuente, I., Bonilla-Campos, A., Casado-Aparicio, E., Domínguez-Castillo, M. P., García-Dauder, D., Lara-Rodríguez, Á. L., López-Sáez, M. Á., Velázquez-Berrio, N., & Romero-Bachiller, C. (2023). "Nursing (Her) Storytelling." *Advances in Nursing Science*. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000479>

Argyriadis, A., Patelarou, A., Kitson, V., Trivli, A., Patelarou, E., & Argyriadi, A. (2021). Social discrimination and stigma on the community of health professionals during the Covid-19 pandemic. An ethnographic approach. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.10.28.21265608>

Artaza Barrios, O. (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*.

Astete A, C., Beca I, J. P., & Lecaros U, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1449–1451. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>

- Belfrage, M. (2022). Cuerpo-territorio y aborto: propuesta teórica para cuestionar la gobernanza reproductiva violenta. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, 2(1), 1–19. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.194>
- Benach, J. (2020). *La salud es política. Un mundo enfermo de desigualdades*. Icaria Editores.
- Benlloch- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres . In *Anuario de Psicología* (Vol. 34, Issue 2, pp. 253–266). Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 9(19), 49–74. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/628/62824428004.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/628/62824428004.pdf)
- Bleakley, A. (2017). *Thinking with metaphors in Medicine. The state of the art*. Routledge.
- Bloom, S., & Robert, W. (1996). Relaciones entre pacientes y médicos. In G. Careaga, J. G. Figueroa Perea, M. M. Consuelo, & Compiladores (Eds.), *Ética y Salud reproductiva* (pp. 213–259). Porrúa.
- Bourdieu, P. (2007). Estructuras, hábitos y prácticas. In *El sentido práctico* (1ra Edición, pp. 85–106). Siglo XXI Editores.

- Breilh, J. (2008). El problema de la determinación social de la salud. *Alames*, 155. http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller_Determinantes_Sociales.pdf
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)*. .
- Cabre i Paret, M., & Salmón Muñiz, F. (2013). *Sexo y Género en Medicina* (U. de Cantabria, Ed.).
- Casado, M., Luna, F., & Vázquez, R. (2014). *Género y Bioética* (1ra Edición). Fontanamara Editores.
- Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. 2014;10(3):339-351. *Salud Colectiva.*, 10(3), 339–351.
- Castro, R., & Bronfman, M. (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. In J. G. Figueroa Perea (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 205–239). El Colegio de México.
- Castro, R., & Erviti, J. (2009). Habitus profesional y ciudadanía: Hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. In *Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos*.

CEPAL-OPS. (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.*

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness.* Oxford University Press .

Charon, R., DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E. R., Rivera Colón, E., Spencer, D., & Spiegel, M. (2016). *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (Vol. 1). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199360192.001.0001>

CIOMS, C. D. O. I. D. C. MEDICAS. (2017). *Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.* Organización Panamericana de la Salud. <https://cioms.ch/publications/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>

Conde, F., & Gabriel, C. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 493–507.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500011&nrm=iso

Correa, S., & Petchesky, R. (2001). Los derechos reproductivos y sexuales: Una Perspectiva feminista. In J. G. Figueroa Perea (Ed.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción* (pp. 99–135). Porrúa.

Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia No. 34-19-IN/21 Y ACUMULADOS*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fesacc.corteconstitucional.gob.ec%2Fstorage%2Fapi%2Fv1%2F10_DWL_FL%2Fe2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidiZGE2NDE0YS1jNDI1LTQzMGMtYWVvNi1jYjY0ODQ1YTQ2NWUucGRmJ30%3D&pdfilename](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fesacc.corteconstitucional.gob.ec%2Fstorage%2Fapi%2Fv1%2F10_DWL_FL%2Fe2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidiZGE2NDE0YS1jNDI1LTQzMGMtYWVvNi1jYjY0ODQ1YTQ2NWUucGRmJ30%3D&pdfilename)

Cuvi, J., & Torres, V. H. (2013). *Curar y Someter: Modelo biomédico y cultura política en el Ecuador*. Editorial Universitaria ABYA-YALA.

De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Cátedra

Declaración Universal de Derechos Sexuales, XIII Congreso Mundial de Sexología (1997).

Ehrenreich, B., & English, D. (2010). *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres* (2da ed.). Capitán Swing.

El Estatus Legal del Aborto. (n.d.). : :
<https://Reproductiverights.Org/Maps/Worlds-Abortion-Laws/>.

- Esteban, M. L. (2004). El estudio de la salud y el género. Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva* , 2(1), 9–20.
- Esteban, M. L., en, Ortiz, T., & Becerra, G. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema medicocientífico. In *Mujeres en Ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas* (pp. 143–184). Universidad de Granada .
- Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad. Vol 1. La voluntad del saber* (Tercera Ed). Grupo Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2021). *Microfísica del poder* (Castro Edgardo, Ed.; Tercera Ed). Siglo 21 Editores.
- García Dauder, D., & Ruiz Trejo, M. G. (2021). Un viaje por las emociones en procesos de investigación feminista. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 50, 21. <https://doi.org/10.5944/empiria.50.2021.30370>
- Goetschel, A. M. (2021). *Historias de rebelión y castigo. El aborto en Ecuador en la primera mitad del siglo XX*. FLACSO Ecuador / Planned Parenthood Global. <https://doi.org/10.46546/2021-22savia>
- Goetschel, A. M., Herrera, G., & Prieto, M. C. (2020). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes* (Editorial FLACSO. Abya-Yala, Ed.). Flacso- Ecuador.
- González, D. (1995). Los Médicos y el Aborto . In *Salud Pública de México* (Vol. 37, Issue 3, pp. 248–255). Instituto Nacional de Salud Pública .

- Gonzalez de León., D. (1995). Los médicos y el aborto. *Salud Pública de México*, 37, 248–255. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637311>
- Gonzalez de León, D. (2008). El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública de México Salud Pública Méx Vol.50 No.3 Cuernavaca May./Jun. 2008*, 50(3), 258–267.
- González Quitián, A. I., Moreno López, D. J., & Grass Cuadros, D. E. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. *Salud UIS*, 53(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21013>
- Guerra Rodriguez, E. (2018). Implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador . *FORO, Revista de Derecho* , 29, 117–134.
- Hancock, A.-M. (2007). When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(01). <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>
- Human Rights Whatch. (2021). *¿Por qué me quiere volver hacer sufrir? El impacto de la criminalización del aborto en Ecuador* .
- Ibáñez, J. (1985). *Más allá de la sociología: el grupo de discusión*, 1985. Siglo XXI.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health* .

Junge, P., Martínez-Pérez, A., Quiroga, F., & Rivas, A. (2021). La salud, primero es social. *Cuadernos Médico-Sociales, Dossier Antropología de La Salud*, 61(3).

Lagarde y de los Ríos, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres* (2da ed.). San Cristobal.

Lamas, M. (1996). La Bioética: Proceso Social y Cambio de Valores . In G. Careaga, J. G. Figueroa, & M. C. Mejía (Eds.), *Ética y Salud Reproductiva* (pp. 119–139). Editorial Porrúa.

Lamas, M. (2013). *Cuerpo, Sexo y Política*. Editorial Océano .

Lawrence, S., & Bendixen, K. (2013). De él y ella. Anatomía masculina y femenina en libros de texto de anatomía para estudiantes de medicina en los Estados Unidos, 1890-1989. In *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud* (Editorial, pp. 139–163). Editorial de la Universidad de Cantabria.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis*.

Llimós, M., Vives-Cases, C., Davó-Blanes, M. C., Carrasco-Garrido, P., Garin, O., Ronda, E., & Benavides, F. G. (2022). Características y contenidos de los programas de maestría en salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 36(2), 127–138. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.006>

López Sáenz, M. del C. (2014). Fenomenología y feminismo. *Daimon*, 63, 45. <https://doi.org/10.6018/daimon/197001>

Martínez, A. L. (2021). *Diario de Campo* .

Martínez Abarca, A. L. (2016). *Reconstrucciones del poder en las jerarquías: Violencia en la educación médica universitaria en el Ecuador*. [Facultad Latinoamericana de Ciencias Médicas Ecuador].
<http://hdl.handle.net/10469/11655>

Martínez Abarca, A. L. (2021). *Consultoría para asistencia técnica en el proceso de elaboración del marco regulatorio para la implementación de la sentencia de la Corte Constitucional No. 34-19-IN/21 y acumulados en materia de Salud Integral, salud sexual y reproductiva*.

Martínez Taveras, F. (2017). *Normas Internacionales que Amparan Derechos Humanos de las Mujeres*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27190.93762>

Martínez-Abarca, A. L., & Martínez-Pérez, A. M. (2021). Educating on Sexuality to Promote Health: Applied Experiences Mainstreaming the Gender and Human Rights Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2249. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052249>

Martínez-Pérez, A., Brandao, T., & Falcón, K. (2020). Una experiencia de prevención de violencia gineco-obstétrica en educación médica. . In *En Memorias del VII Congreso REDU, Yachay Tech Universidad Ecuador*. (pp. 328–332).

Martínez-Pérez, A., Pink, S., & Díaz, F. (2019). *Salud Creativa* . Universidad de las Américas .

- Martínez-Sánchez, J., Trujillo-Numa, L., Montoya-González, L., & Restrepo-Bernal, D. P. (2019). Actitudes, conocimientos y prácticas de internos de medicina frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Medellín, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 25(2), 97. <https://doi.org/10.22517/25395203.21241>
- Menéndez, E. (2020). *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.26>
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 1(51), 17–22.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32.
- Miranda Lucas, M. J., & Comas d'Argemir, D. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, 0(38), 37–53. <https://doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>
- Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Morison, T. (2021). Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(6). <https://doi.org/10.1111/spc3.12605>

Naciones Unidas. (1995a). *Declaración de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*.

Naciones Unidas. (1995b). *Declaración y plataforma de acción de Beijing*.
chrome-
extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.acnur.org/fileadm
in/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf

Nogueiras, B. (2020). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 10–31.
<https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5404>

Nussbaum, M. (1999). *Sex and Social Justice*. Oxford University Press.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Derechos sexuales y reproductivos: Una mirada desde América Latina y el Caribe*.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Aborto: situación en América Latina y el Caribe*.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): Consideraciones técnicas y regulatorias para la atención integral de la salud de las mujeres*. .

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud sexual y reproductiva: Definiciones*. .

Ortiz-Ortega, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran, ¿El Aborto sería legal?* (E. Frias, Ed.). EDAMEX.

- Paz, D., Goetschel, A. M., & Herrera, G. C. (2020). *Políticas de educación en sexualidad entre 1998-2017: Sujetos y contextos en el caso ecuatoriano. En Derechos sexuales y reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes.* (Abya-Yala, pp. 63–93). Flacso- Ecuador.
- Postill, J. (2017). The Routledge Companion to Digital Ethnography. In L. Hjorth, H. Horst, A. Galloway, & G. Bell (Eds.), *The Routledge Companion to Digital Ethnography.* Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315673974>
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., & Szulik, D. (2001). *LOS MÉDICOS FRENTE A LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO: ¿UNA TRANSICIÓN IDEOLÓGICA?* CEDES. Centro de Estudios de Estado y Sociedad .
- Ruiz, V. (2017). *La relación médico-paciente: una cuestión de confianza.* <https://www.radioncologa.com/2017/08/la-relacion-medico-paciente/>
- Sanchez Gonzalez, M. A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud* (E. Masson, Ed.).
- Sánchez, M. A. (2021). *Bioética en Ciencias de la Salud* (Elsevier Limited, Ed.; 2nd ed.).
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. In PUEG (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.* PUEG.

- Serret, E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de género en Educación Superior* (M. (Luvia O. E. Vásquez, Ed.; Colección). Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Sharma, M. (2019). Applying feminist theory to medical education. *The Lancet*, 393(10171), 570–578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32595-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32595-9)
- Sherwin, S. (1992). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Healthcare* (Temple University, Ed.; 2th ed.). Temple University Press.
- Sherwin, S. (1996). Etica, Etica “Femenina” y Etica Feminista. In G. Careaga, J. G. Figueroa, & M. C. Mejía (Eds.), *Etica y Salud Reproductiva* (pp. 83–118). Editorial Porrúa.
- Sherwin, S. (2014a). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*, 49, 45–69. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30003-2](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30003-2)
- Sherwin, S. (2014b). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*, 49, 45–69. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30003-2](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30003-2)
- Silva, D. H. (2008). *La autonomía en la relación médico-paciente: Aspectos Bioéticos y médico-legales* (Dosyuna Editores, Ed.; 1ra ed.).
- Sojo, B. (2019). DISCIPLINAMIENTO DEL CUERPO DE LAS MUJERES. *Revista de Ciencias Sociales Vol. II, Universidad de Costa Rica*, 181–194.
- Triana Ramírez, A. N., & Álvarez Soler, J. A. (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. Entrevista al doctor Eduardo L.

Menéndez. *Praxis & Saber*, 8(18), 271–298.

<https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n18.2017.7251>

UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad, un enfoque basado en evidencia*.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y Poder* (Ediciones Cátedra, Ed.; 1ra ed.).

Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres Invisibles para la Medicina* (Capitán Swing editores, Ed.; 3ra ed.).

Vargas, E. (2012). *Médicos y Derechos: El papel de la formación médica en la garantía de derechos sexuales y reproductivos* (Ediciones Uniandes, Ed.).
Universidad de los Andes.

Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*.

Vetere, P. (2006). *El modelo médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil Médico que promueve la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata*. Universidad de La Plata.

World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. In <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.

Yin, R. (2014). *Investigación sobre Estudios de Caso. Diseño Y Métodos* (Sage Publications, Ed.; 2nd ed.).

Zaragocín, S., Cevallos, M.-R., Falanga, G., Arrazola, I., Ruales, G., Vera, V., & Yépez, A. (2018). Mapeando la criminalización del aborto en el Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, 109–125. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200009&nrm=iso

Zugaza Goienetxea, U. (2020). Apuntes críticos sobre las dinámicas de institucionalización de la interseccionalidad. *Revista Internacional de Sociología*, 78(1), 152. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.1.18.145>

