



Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

Facultad De Comunicación, Lingüística Y Literatura

Carrera de Comunicación

Trabajo previo a la obtención del título de Licenciada en Comunicación

REPORTAJE WEB

“MARCAS DE GUERRA:

LAS CICATRICES DE LAS CESÁREAS EN ECUADOR”

Ángela Lascano Demera.

Director Frantz Jaramillo

Quito, junio de 2024

AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Alexandra, Alejandra, Melanie, Silvia, Sofía,
María Gabriela, Lorena, Verónica, Silvana, Patricia y María Isabel.*

*Sus voces son fundamentales
en este largo camino de luchar por partos dignos.*

*Gracias a mi mamá, Pilar, por la vida, el cariño,
y la valentía que ahora guía mis pasos.
Gracias por ayudarme a nacer y vivir con los ojos abiertos.*

*Gracias a mi papá, Luis, y a mi hermano, Luchín,
por su cariño y apoyo incondicional.*

*Gracias a mi profesora Isabel Imbaquingo,
por guiarme en este hermoso camino que es la lucha feminista.*

*Gracias a todas las personas que me han ayudado a llegar hasta aquí:
a quienes se fueron, a quienes se quedaron y a quienes llegaron.*

No importa el destino, se llevan un pedacito de mí.

DEDICATORIA

*A todas nosotras,
que estamos luchando por maternidades deseadas y acompañadas.*

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| JUSTIFICACIÓN | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 10 |
| 1.1 De portadora de vida, a mujer enferma. | 10 |
| 1.2 Redes invisibles sujetan el cuerpo parturiento | 14 |
| 1.3 La cesárea como mecanismo del poder obstétrico | 18 |
| 1.4 Hacia la apropiación crítica del parto | 20 |
| 1.5 Conclusiones | 22 |
| PLANIFICACIÓN DEL REPORTAJE MULTIMEDIA | 23 |
| 2.1 Tema | 23 |
| 2.2 Objetivos | 23 |
| 2.3 Público objetivo | 23 |
| 2.4 Propuesta | 24 |
| 2.4.1 Sinopsis | 24 |
| 2.4.2 Enfoque | 25 |
| 2.4.3 Estructura del reportaje | 26 |
| 2.4.4 Metodología de investigación | 28 |
| 2.4.5 Entrevistados y fuentes | 29 |
| 2.4.6. Recursos y Materiales necesarios: | 32 |
| 2.4.7. Estilo visual y formato: | 33 |
| 2.5 Plan de producción | 35 |
| 2.5.1 Calendario | 35 |
| 2.5.2 Presupuesto | 36 |
| CONCLUSIONES | 37 |
| LIMITACIONES | 39 |
| RECOMENDACIONES | 40 |
| MEMORIA DEL PRODUCTO | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXOS | 45 |

TABLA DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1. Identidad visual del reportaje “Marcas de Guerra”. | 32 |
| Ilustración 2. Tipografía principal del reportaje. | 32 |
| Ilustración 3. Tipografía secundaria del reportaje. | 33 |
| Ilustración 4. Paleta de colores principales. | 33 |
| Ilustración 5. Paleta de colores secundarios. | 34 |

RESUMEN

El presente documento es el sustento escrito del reportaje web “Marcas de Guerra: Las cicatrices de las cesáreas en Ecuador”. Este reportaje investiga la prevalencia de cesáreas injustificadas en el sector privado en Ecuador, con el objetivo de que este fenómeno se identifique como una forma de violencia obstétrica.

El reportaje se basa en un marco teórico que analiza el desplazamiento histórico de las mujeres de los saberes médicos, la medicalización del parto y cómo la violencia obstétrica opera como un mecanismo de control femenino. Este enfoque busca explicar la forma en que las dinámicas de poder influyen en la prevalencia de cesáreas injustificadas.

A su vez, la planificación del reportaje abarca la identificación de fuentes testimoniales clave, la conceptualización de la propuesta, la estructura narrativa y la metodología de investigación, así como la definición de la línea gráfica del producto final.

El reportaje narra cómo las cesáreas en el sector privado a menudo resultan de intervenciones motivadas por intereses económicos o de conveniencia médica, en detrimento del derecho de las mujeres a partos respetuosos e informados. Sin embargo, también destaca la capacidad de resignificar las experiencias y crear redes de apoyo entre mujeres, con el fin de caminar hacia la apropiación del parto.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de ampliar los diálogos sobre la violencia obstétrica y proporcionar a las mujeres espacios para generar nuevas narrativas sobre el parto. Además, demuestra la urgencia de cuestionar ciertas prácticas médicas que, aunque normalizadas, perpetúan formas de violencia y control sobre el cuerpo femenino.

Palabras clave: violencia obstétrica, cesáreas, medicalización del parto, parto humanizado, derechos de la mujer.

JUSTIFICACIÓN

En el año 2000, un grupo de activistas, profesionales e investigadores de la salud latinoamericanos se reunieron para dar a conocer los crecientes casos de violencia en el parto de mujeres (Murrieta, 2021). En el 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en ponerle nombre y concepto a aquellos abusos, y definió como violencia obstétrica a toda la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, incluyendo el trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, 2007).

Desde 1985, la comunidad internacional había considerado que la tasa ideal de cesárea debía oscilar entre el 10% y el 15%. No obstante, en 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dictaminó que superar el 10% no se asocia con una reducción significativa en los índices de mortalidad materna y neonatal.

Realizar este procedimiento de manera injustificada, no aporta beneficios sustanciales ni a la mujer ni al recién nacido (OMS, 2015). Desde el punto de vista clínico, la cesárea debe ser vista como último recurso y no como una alternativa, puesto que conlleva complicaciones como el debilitamiento del organismo de la madre para próximos partos, la dificultad para alimentar al recién nacido, la posibilidad de infecciones, riesgo de consecuencias no deseadas a causa de la anestesia y, no menos importante, el aumento del costo económico del parto para la madre o las familias (Vázquez, 2016). Algunas mujeres, incluso, experimentan fuertes reacciones psicológicas, como el sentimiento de pérdida o fracaso y dificultades en la adaptación y el vínculo con sus hijos, padeciendo, inclusive, la llamada “depresión post cesárea” (Olza, 2017). En este sentido las cesáreas, cuando no se rigen bajo conceptos médicos, también forman parte de la violencia obstétrica (Murrieta, 2021).

En Ecuador, en el periodo 2001 - 2013, se evidenció que el 57,5% de los partos realizados en el sector privado fueron mediante cesárea, mientras que en el sector público la

proporción no superó el 22,3% (Ortiz-Prado et al., 2017). La tendencia ha sido creciente desde entonces: en 2022, nueve de cada diez nacimientos que ocurrieron en el sector privado se dieron por cesárea (INEC, 2023).

A pesar de las indicaciones de la OMS y de los análisis que han señalado que, cuando la cesárea se realiza sin indicación médica se generan complicaciones para la mujer y costos adicionales innecesarios para sus familias, en Ecuador no hay investigaciones que expliquen las causas de las altas tasas de cesárea en los hospitales privados. Las cifras poco accesibles, la falta de regulación desde las instituciones correspondientes y la ausencia de canales de denuncia, continúan vulnerando el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y la manera de vivir su parto.

La línea de investigación 01 de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador señala la importancia entender las necesidades de salud como un estado de bienestar biológico, psicológico y social; abordando aspectos de dignidad, derechos y trascendencia de la persona humana (PUCE, 2017). El propósito de este reportaje es, precisamente, visibilizar cómo la problemática de las cesáreas innecesarias en hospitales privados constituye una forma de violencia obstétrica, que merma la dignidad y los derechos de las mujeres durante el parto. Las mujeres gestantes o con el deseo de la maternidad, tienen el derecho a tomar decisiones conscientes e informadas, y es a ellas a quienes está dirigido este trabajo.

La razón de presentar este tema a través del formato de reportaje web, nace de la necesidad de integrar diversos medios para poder narrar de manera completa las experiencias de las mujeres. Presentar las historias a través de la combinación de texto, videos e imágenes permite crear escenarios y situaciones mucho más cercanas. Además, la inclusión de audios y textos facilita la explicación de los aspectos más complejos del tema, lo que puede llevar a una comprensión más contextualizada del problema.

MARCO TEÓRICO

¿Cómo concebimos a la mujer en parto? ¿Y cómo esto puede explicar el aumento de cesáreas alrededor del mundo? Actualmente, bajo un sistema que continúa perpetuando desigualdades arraigadas en género y clase social, la concepción del parto ha relegado a la mujer a la figura de objeto, sin agencia sobre su cuerpo. Esta perspectiva ha legitimado que sobre los cuerpos se lleve a cabo un tipo particular de violencia: la violencia obstétrica, una de las violaciones a los derechos humanos más normalizadas por la sociedad. El objetivo de este ensayo es sustentar por qué la violencia obstétrica, y las cesáreas injustificadas como parte de ella, deben ser un fuerte campo de lucha desde los feminismos, donde desde el análisis crítico de las estructuras de poder y las relaciones de género ocurra una reapropiación de los cuerpos parturientos.

Para lograr este propósito, se abordarán cuatro aspectos principales: en primer lugar, se rastreará el origen de la medicalización del parto, entendiendo que la concepción mecanicista no ha sido histórica; seguidamente, se analizará cómo operan las estructuras de poder y la cesárea como uno de sus mecanismos; y finalmente, se expondrá críticamente las formas actuales de apropiación del parto.

1.1 De portadora de vida, a mujer enferma.

¿Cómo surge la violencia obstétrica? A pesar de que el embarazo y el parto son procesos biológicos universales, la interpretación de estos acontecimientos está atravesada por múltiples factores materiales e ideológicos que construyen un sentido sobre qué es y cómo debe ser vivido el parto (Fornes, 2019). En las culturas andinas, por ejemplo, las mujeres embarazadas eran vistas como portadoras de un nuevo ser que sería un hijo o una hija más de la Pachamama, lo que provocaba un gran respeto hacia la mujer embarazada por parte de su pueblo (Menéndez, 2019). La partería, además, que proporcionaba los

conocimientos esenciales sobre el embarazo y el parto, era considerada una misión religiosa (Pacino, 2015). En esta concepción, la mujer gestante no era considerada una persona débil ni enferma, y durante los primeros meses de gestación, podía continuar con sus labores domésticas y agrícolas con normalidad.

No obstante, esta experiencia cambiaría gradualmente en Latinoamérica tras la invasión española, puesto que se reproducirían en los territorios conquistados los modelos culturales y estructuras de poder de Occidente.

En Europa, antes del siglo XIV, la medicina también era un saber empírico relacionado con lo femenino (Sala, 2020). Sin embargo, durante el Renacimiento, la medicina se convirtió progresivamente en un saber académico y el conocimiento de las curanderas y parteras fue subordinado a los de la autoridad médica-masculina. La profesionalización de la medicina inició un desplazamiento de roles, donde las mujeres fueron apartadas de las salas de parto. Aquellas que permanecían, enfrentaban el riesgo de ser acusadas de brujería si el parto presentaba complicaciones (Federici, 2010). Irónicamente, muchas de las denuncias venían de la principal competencia de las parteras: médicos del género masculino.

Aunque la medicina impuso su legitimidad a través del discurso técnico - científico, la marginación a las parteras no se debía a una supuesta incompetencia médica, sino al miedo de los gobernantes a los infanticidios (Federici, 2010). En los siglos XVI y XVII, Europa atravesó una crisis demográfica sin precedentes, que amenazaba con colapsar la naciente economía capitalista. Con el fin de lograr el crecimiento poblacional, el Estado quebró la agencia que las mujeres habían ejercido sobre sus cuerpos: los médicos masculinos tomaron el control del parto y cualquier forma de control de la natalidad y de sexualidad no-procreativa era castigada (Federici, 2010).

Con la expulsión de las parteras de la sala de partos y la criminalización de los saberes médicos femeninos, las mujeres quedaron relegadas a sujetos pasivos, sin dominio sobre los

procesos reproductivos. En cambio, fueron los hombres médicos quienes pasaron a ocupar el papel de “dadores de vida”, donde su intervención y conocimientos eran considerados los únicos que, bajo el discurso de minimizar los riesgos, tenían legitimidad para decidir cómo y de qué forma deberían ser los partos (Federici, 2010). En esta época, empezó la costumbre médica de, en caso de emergencia, priorizar la vida del feto sobre la de la madre.

Como se evidencia, la medicina no es una práctica neutral de conocimientos: corresponde a una forma específica de dar sentido al cuerpo. Según Foucault (1999), la medicina se configura como un poder autoritario, cuyo fin es conservar al individuo como una fuerza productiva. En otras palabras, la práctica médica es una estrategia política para el control de los cuerpos en beneficio del sistema. El individuo se configura como un sujeto pasivo, incapaz y dependiente del modelo médico y sus prácticas (Ravanal y Aurenque, 2018).

Durante la profesionalización de la medicina, los discursos médicos acentuaron las diferencias biológicas entre los sexos, reforzando los roles sociales asignados: el cuerpo femenino fue estudiado y tratado desde sus funciones reproductivas; menstruación, gestación y menopausia (Salgado y Díaz, 2019). Esto, aunado a la necesidad de los gobiernos a controlar la natalidad en beneficio del sistema productivo, provocó que el cuerpo femenino se conceptualizara como una máquina dedicada a la reproducción: el nacimiento como una producción más en el sistema capitalista (Fornes, 2009).

Ahora bien, si se mira al nacimiento como un evento esencial para la reproducción de la fuerza de trabajo, el parto se convierte en un eslabón más de la cadena productiva que debe ser llevado a cabo con la máxima eficacia posible a través de la intervención médica. Para legitimar la intervención médica y garantizar la supuesta eficacia, el parto pasa por un proceso de patologización y medicalización, donde la mujer embarazada va a ocupar el rol de paciente, a pesar de que carezca de alguna enfermedad (Alvez, 2019). Es en este punto donde

se hace evidente la culminación del proceso del control del parto: desde el papel de la mujer como dadora de vida, con un control absoluto sobre su reproducción, hasta su transformación en una mujer enferma, un individuo desprovisto de agencia y poder sobre su propio cuerpo. Como supuesta paciente, la obediencia ante la orden médica es el principal mandato para la mujer parturienta.

El concepto de “riesgo” será central para la patologización del embarazo y del parto. Las categorías de embarazos de bajo, medio y alto riesgo situarán al parto como un proceso medible y cuantificable a gran escala, donde el riesgo es posible de ser menguado a través de la aplicación de la ciencia y la tecnología, dejando de lado la experiencia subjetiva de la mujer (Sala,2020). Bajo la visión del cuerpo como una máquina, los partos comienzan a ser inducidos, acelerados, intervenidos, instrumentalizados y protocolizados, dando forma a lo que se podría llamar la secuencia de la reproducción hospitalaria.

La mecanización del parto conduce a lo que se ha descrito como la “colonización del útero”, donde la totalidad de la mujer es fragmentada, y solo tiene validez por sus órganos reproductivos, pasando estos al control de las “autoridades” médicas (Ramírez, 2014). El foco de la atención está en el bebé y en el adecuado desarrollo del nacimiento, desplazando y distanciando a la mujer del proceso (Alvez, 2019). De esta manera, el valor de la mujer se construye alrededor de su capacidad de reproducirse y ella, como individuo, no es considerada una interlocutora válida.

La medicalización del cuerpo y la estructura jerárquica del sistema médico no tiene como único objetivo el control de los individuos, sino también la obtención de ganancias económicas. La medicina surge como una industria y mercado cuya lógica es la expansión creciente.

“La medicina produce asistencia clínica, sus servicios son un capital cristalizado: saberes profesionales costosos, innovaciones tecnológicas

largamente desarrolladas y caras de adquirir, tiempo de trabajo humano e inversiones enormes en infraestructuras de asistencia y laboratorios, etc. Como todo capital, este acumulado ha de ser puesto a circular para poder pagar sus costos de producción y producir más ganancia”. (Ravanal y Aurenque, 2018, p.417).

Como industria y mercado, el sentir del sujeto atendido no es el eje rector del sistema de salud. En el parto, particularmente, el modelo industrializado enfoca sus esfuerzos y prácticas en el “resultado”, desatendiendo aspectos como la experiencia subjetiva tanto de las mujeres como la de los recién nacidos (Gutman, 2007). Los procesos médicos en la atención del parto priorizan la comodidad del médico y, bajo el modelo neoliberal, también la ganancia del sistema. El bienestar de la mujer queda en último lugar.

Hasta ahora, hemos examinado toda la construcción social e histórica que rodeó y motivó a la medicalización del parto: desde el desplazamiento de las parteras, la transición de la medicina a un saber académico irrefutable, la necesidad del control por la natalidad por parte del estado, hasta la reflexión de la práctica médica como una estrategia política sobre el cuerpo femenino, donde la mujer se convierte en un objeto cuyo único fin es la reproducción. Este análisis, lejos de quedarse en un plano teórico o abstracto, es sustancial para entender cómo se legitima la violencia en las salas de parto. La medicalización del parto es escenario y antecedente de la violencia obstétrica.

1.2 Redes invisibles sujetan el cuerpo parturiento

En el año 2000, se llevó a cabo en Brasil la *Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento*. En ella, activistas, investigadores y profesionales de la salud latinoamericanos se reunieron para reflexionar y discutir sobre la creciente intervención en el parto y la violencia ejercida hacia las mujeres parturientas (Murrieta, 2021). Fue la

primera vez en la región que se dejó por sentado la necesidad de humanizar el parto, estableciendo procedimientos en los cuales prime el bienestar de la madre y el respeto por los procesos naturales por encima de la técnica médica (Borges et al., 2018). Siete años después, Venezuela se convertiría en el primer país en identificar y penalizar los abusos bajo el nombre de violencia obstétrica. Bajo la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia*, la violencia obstétrica se definió como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.
(2007, artículo 15)

La legislación de Venezuela sentó precedente y, paulatinamente, varios países alrededor del mundo incluyeron el término en sus normativas. No obstante, la ambigüedad de algunos conceptos ha impedido que se observe una reducción significativa del maltrato hacia las mujeres durante el parto. Además, solo una pequeña fracción de todos los tratos violentos que reciben algunas mujeres durante su embarazo, parto y puerperio son punibles (Galván y Sánchez, s.f).

Para comprender este fenómeno, es crucial reconocer que uno de los mayores problemas en la identificación de la violencia obstétrica es que muchas de sus prácticas no son concebidas como violencia ni por el personal de salud ni por las mujeres que son víctimas de ella. La violencia obstétrica se configura como una “violencia invisible”, puesto que no siempre se ejerce mediante la fuerza física, sino que se perpetúa bajo la figura de un orden lógico o natural. Las parturientas no siempre son conscientes de su estado de sumisión, y tienden a aceptar las órdenes sin cuestionarlas, tal como lo establece el paradigma del modelo

sanitario jerarquizado, donde el médico es dueño del conocimiento irrefutable y el paciente es considerado un sujeto pasivo e ignorante (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014).

Evidentemente, hay algunas formas de la violencia obstétrica que son mucho más fáciles de identificar, como la violencia física o verbal. No obstante, las formas naturalizadas de violencia, que no son tipificadas como delito, son aquellas que forman parte de las predisposiciones establecidas en el campo médico: el *habitus médico*. El *habitus*, concepto apañado por Pierre Bourdieu, es definido como la interiorización por parte del individuo de las estructuras sociales operantes (Capdevielle, 2011). En otras palabras, es cuando las disposiciones, las prácticas y las formas de percibir el mundo pasan a formar parte de la subjetividad del individuo, permitiendo la reproducción de estas estructuras.

Castro y Erviti (2015), señalan que, en el campo médico, las concepciones que continúan perpetuando la violencia obstétrica son adquiridas por los profesionales de la salud a lo largo de su proceso de formación y se refuerzan diariamente en la práctica profesional. Los estudiantes de medicina, desde los primeros semestres, interiorizan que el médico es una figura de autoridad, donde solo la obediencia del paciente debe ser premiada. A la par, reconocen como natural el sistema de jerarquías y castigos presentes en el hospital, que van a replicar en formas de amenazas y castigos con las mujeres en las salas de parto.

Estas predisposiciones interiorizadas, aunadas en las construcciones sociales sobre la mujer, donde las expectativas inalcanzables de la maternidad y la penalización del disfrute de la sexualidad son componentes según los cuales se puede sancionar, van a regir las prácticas médicas durante la atención del parto. Castro y Erviti (2015) reconocen que el no consultar a las mujeres o adoptar una actitud autoritaria al tomar decisiones sobre su cuerpo durante el parto, ignorar sus preguntas o deseos, regañar o infantilizar a la mujer, realizar prácticas con fines pedagógicos y realizar cesáreas sin justificativos médicos son formas de violencia invisibilizada.

Para explicar concisamente la invisibilización de la violencia, y basándose en la experiencia costarricense de la violencia obstétrica, Gabriela Arguedas Ramírez (2014) propone el concepto de “poder obstétrico”, a partir de las nociones de Foucault de poder disciplinario. Según Foucault (2005), el poder disciplinario tiene como objetivo volver dóciles a los cuerpos, de manera que estos puedan ser sometidos, utilizados, transformados y perfeccionados. Bajo esta noción, Ramírez (2014) definirá el poder obstétrico como una forma de poder disciplinario que, siendo ejercido específicamente sobre los cuerpos que pueden concebir, tendrá como objetivo producir cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la eficacia de los embarazos y los partos.

El poder obstétrico utilizará varias tecnologías disciplinarias. En el pabellón hospitalario de obstetricia, la vigilancia, la observación escrupulosa, el control constante del tiempo, del movimiento y de los ritmos y la recopilación de información estadística que establecerá los estándares de lo que se considera normal serán mecanismos del control del poder obstétrico (Ramírez, 2014). A la mujer solo se le demandará sumisión y obediencia, porque cualquier intervención que responda a sus deseos entorpece con el proceso mecanicista de la reproducción.

Esta forma de poder disciplinario se va a enlazar con las estructuras de género con el fin de continuar naturalizando las funciones socialmente impuestas a la mujer: la tolerancia al dolor durante el labor de parto, por ejemplo, será un indicador sobre la aptitud de la mujer para asumir el rol de madre y el trato adulto que se les da a las adolescentes en los salones de maternidad será una lección moral, una forma de penalización por el ejercicio de su sexualidad (Ramírez, 2014) .

1.3 La cesárea como mecanismo del poder obstétrico

La cesárea es un proceso quirúrgico en el cual el bebé es extraído del cuerpo de la madre a través de una abertura en el abdomen y una incisión de la pared uterina (Schnapp et al., 2014). En sus inicios, la cesárea era considerada una operación *post mortem*, y no fue hasta el siglo XVI que se documentó el caso de una mujer que sobrevivió a una cesárea, lo que cambió la percepción sobre la utilidad de este procedimiento (Vásquez, 2016)

Según los principios técnicos médicos, la operación cesárea debe ser considerada un último recurso en lugar de un procedimiento alternativo, y solo debe llevarse a cabo cuando el parto vaginal implique complicaciones médicas para la madre o el niño (Vásquez, 2016). La asociación feminista *El Parto es Nuestro* (2017) señala 40 diagnósticos bajo los cuales suele realizarse la operación cesárea, de los cuales solo 10 son considerados inapelables o absolutos, 19 son relativos y dependen del caso específico, y 11 son calificados como injustificados o innecesarios.

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), realizar este procedimiento de manera injustificada, no aporta beneficios sustanciales ni a la mujer ni al recién nacido. Desde el punto de vista clínico, además, la cesárea no está exenta de los riesgos inherentes a cualquier intervención quirúrgica, tales como la posibilidad de infecciones y consecuencias no deseadas a causa de la anestesia (Vásquez, 2016). Por otra parte, esta operación también implica dificultades propias como el retraso en el inicio de la lactancia, reacciones psicológicas, como el sentimiento de pérdida o fracaso y dificultades en la adaptación y el vínculo con sus hijos y el aumento del costo económico del parto para la madre o las familias (Olza, 2017).

A pesar de las recomendaciones realizadas por organismos de derechos humanos de priorizar el parto natural y de las complicaciones que conlleva la cesárea cuando no se justifica médicamente, la tasa de cesáreas ha registrado un aumento a escala global, tanto en

países del norte como del sur global (OMS, 2015). En América Latina, las tres primeras causas bajo las cuales se realiza una cesárea son la falta de progreso trabajo de parto, el monitoreo fetal alterado, y la presencia de una cesárea previa (Schnapp et al., 2014). No obstante, estos datos no necesariamente denotan la pertinencia de las cesáreas, puesto que son varios los diagnósticos que se utilizan para justificar las cesáreas innecesarias (El Parto es Nuestro, 2017).

Según Murrieta (2020), quien analiza los discursos del personal médico en México, entre las justificaciones reales más comunes para realizar este procedimiento se encuentran: la rapidez del procedimiento, la sobredemanda de los hospitales y la falta de personal y la falta de cuidado de la propia mujer durante el embarazo. A su vez, también está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales privados, donde los nacimientos por cesárea se venden como partos sin dolor.

Ahora bien, a pesar de que la multiplicidad de razones en relación al tiempo y al dinero explican de manera crítica la incidencia de las cesáreas, estas dejan por fuera las relaciones de género. Sin embargo, la realización de cesáreas injustificadas se inscribe como un mecanismo del poder obstétrico que busca maximizar la eficacia del parto, por lo que es innegable que forman parte de las relaciones de poder de género.

Robbie Davis-Floyd (cit. en Fornes, 2009) señala que todas las prácticas obstétricas ejercidas sobre la mujer, aunque no tengan efectividad material, poseen una carga simbólica que sirve para afianzar el orden social establecido. Las marcas de la cesárea funcionan como marcas de género, que inscriben de manera permanente las reglas socialmente establecidas, según las cuales el cuerpo femenino es un objeto manipulable en favor del sistema y sus requerimientos sexuales, productivos y de cuidado. Más que eficacia clínica, la cesárea tiene eficacia simbólica (Fornes, 2009).

Al analizar las cifras tanto a nivel mundial como nacional sobre la incidencia de cesáreas, discutir sobre este procedimiento como una forma invisibilizada de violencia se vuelve un imperativo. La cesárea injustificada constituye un mecanismo en el ejercicio del poder obstétrico, puesto que implica el abandono total de la mujer de su agencia y el control total desde el personal médico. Durante todo el procedimiento, el cuerpo de la mujer es un cuerpo dócil, que será sometido y utilizado, a la vez que el proceso del parto es perfeccionado. La mujer parturienta pasa a ocupar el rol del paciente perfecto, a pesar de que no exista ninguna razón para ello.

1.4 Hacia la apropiación crítica del parto

La medicalización del parto, el posicionamiento de la imagen de la mujer embarazada como enferma, la violencia invisible que se ejerce en las salas de parto y la incidencia de las cesáreas como parte de ella son formas de apropiación del cuerpo femenino que, desde los feminismos, es necesario cuestionar y romper.

La apropiación del parto debe, así volverse un campo continuo de lucha y resistencia. La consigna de “nosotras parimos y nosotras decidimos” no puede solo abocarse a las decisiones sobre si queremos maternos o cuándo queremos hacerlo, sino también al cómo queremos parir y en qué condiciones. La liberación del cuerpo femenino y de la sexualidad atraviesa, sin lugar a dudas, también la apropiación del parto.

Uno de los conceptos iniciales que adquiere relevancia al abordar la problemática de la violencia obstétrica es el del "parto humanizado", que surge desde las últimas décadas del siglo pasado. La humanización del parto va a considerar este como un proceso íntimo que involucra tanto el cuerpo como la mente de la madre, haciendo hincapié en la necesidad de devolver a las mujeres su rol protagónico, evitando procedimientos innecesarios y respetando los deseos de la madre (Borges et al., 2018). En este sentido, señalará algunos aspectos

claves para evitar la violencia obstétrica, e intentará vincular las decisiones del personal médico con la autonomía de la mujer.

Sin embargo, la iniciativa del parto humanizado ha sido apropiada por diversas prácticas mercantiles y su interpretación va a depender del contexto. Por ejemplo, la noción de parto humanizado abarca desde partos domiciliarios hasta partos en clínicas privadas especializadas, que prometen confort para la mujer (Villalobos, 2019). De esta forma, las prácticas privadas de humanización del parto no presentan formas de apropiación total, puesto que " restringe al ámbito doméstico y privado los derechos de las mujeres que se contemplan como públicos, amparados por el servicio de salud y legalmente sostenidos" (Fornes, 2009, p.7). La apropiación del parto queda restringida a ciertas clases sociales y no se vuelve un cambio social ni cuestiona las raíces de la violencia obstétrica.

La apropiación del parto y la ruptura de las relaciones de poder en la obstetricia deben comenzar con el cuestionamiento del habitus médico y el desplazamiento histórico de la mujer como protagonista del parto. La partería, por ejemplo, emerge como un modelo de resistencia frente al poder obstétrico al reconocer que el proceso del parto no es homogéneo para todas las mujeres, y que son ellas, como gestantes, quienes deben tener el poder de tomar decisiones sobre su propio cuerpo (Villalobos, 2019). Asimismo, es imperativo que los nuevos profesionales de la salud, desde su formación, cuestionen los mandatos de género, la visión mecanicista del parto y las estructuras jerárquicas que operan entre médico y paciente.

Por otro lado, la humanización del parto no debe convertirse en un privilegio. La lucha contra la violencia obstétrica es una apuesta por servicios de salud íntegros, tanto públicos como privados. La apropiación del parto nace desde la capacidad de la mujer de decidir sobre su parto y verse acompañada en estas decisiones, cualesquiera que sean. La privatización de parto humanizado no es la solución última contra la violencia obstétrica.

1.5 Conclusiones

La violencia obstétrica y el incremento global de cesáreas injustificadas reflejan las estructuras de poder y las relaciones de género presentes en el campo médico. La medicalización del parto, fruto de un proceso histórico en el que los conocimientos femeninos fueron subordinados por la medicina académica, ha consolidado un sistema en el que la mujer carece de control sobre su cuerpo y su parto. Este fenómeno da lugar al ejercicio del poder obstétrico, que actúa para maximizar la eficacia del parto y legitimar formas de violencia desde la autoridad médica. Al entrelazarse con las estructuras de género, el poder obstétrico tiene como objetivo producir cuerpos dóciles mediante el uso de diversas tecnologías disciplinarias como la vigilancia, la homogeneización del parto y la obediencia como mandato para la mujer parturienta.

Desde los feminismos, se busca abrir un espacio de resistencia contra esta violencia estructural a través de la reivindicación del parto humanizado, que se va a entender como un proceso que devuelve a las mujeres su rol protagónico. Sin embargo, es crucial evitar que esta iniciativa sea cooptada por prácticas mercantiles que restrinjan la apropiación del parto al ámbito doméstico y privado. La apropiación del parto es una lucha también por servicios de salud íntegros y públicos, puesto que el parto respetado no puede ser un privilegio. Es necesario garantizar que todas las mujeres, independientemente de su clase social o situación económica, puedan acceder a servicios de salud que reconozcan su autonomía y capacidad de decisión en el proceso del parto.

A su vez, la lucha contra la violencia obstétrica y la apropiación del parto requiere un cuestionamiento del habitus médico y la transformación de las estructuras jerárquicas en el ámbito de la salud. La apropiación crítica del parto, en última instancia, implica un cambio radical en la concepción del cuerpo femenino y su papel en la sociedad.

PLANIFICACIÓN DEL REPORTAJE MULTIMEDIA

2.1 Tema

Producción del reportaje web: “Marcas de guerra: las cicatrices de cesáreas injustificadas en Ecuador”.

2.2 Objetivos

a. General:

Elaborar un reportaje web que visibilice la prevalencia de las cesáreas innecesarias en hospitales privados de Ecuador como una forma de violencia obstétrica.

b. Específicos:

- Documentar el fenómeno de las cesáreas injustificadas en hospitales privados mediante la recopilación de datos estadísticos, entrevistas a mujeres que han vivido esta experiencia, así como conversaciones con profesionales de la salud, doulas y otros especialistas en obstetricia.
- Diseñar un reportaje web que integre la información recopilada de manera comprensible y accesible, con una narrativa dirigida a mujeres en el rango de edad de 20 a 35 años.

2.3 Público objetivo

Teniendo en mente la función social del periodismo, este reportaje está diseñado para visibilizar la prevalencia de las cesáreas innecesarias en hospitales privados de Ecuador, analizándolas como una forma de violencia obstétrica. De esta manera, su público objetivo está definido para maximizar la relevancia y la utilidad de este contenido, siguiendo los

criterios demográficos, geográficos y psicográficos propuestos en la segmentación de mercado.

Criterios geográficos

El público objetivo de este reportaje reside en Ecuador, especialmente en áreas urbanas, donde se registra un mayor índice de cesáreas.

Criterios demográficos

El público objetivo principal de este reportaje son mujeres jóvenes y adultas, entre 20 y 35 años. Este grupo incluye mujeres solteras, casadas y en unión libre, con o sin hijos, poniendo especial énfasis en aquellas que están en edad reproductiva y pueden estar considerando o esperando tener hijos. Estas mujeres tienen niveles educativos que varían desde la educación secundaria hasta niveles superiores, con acceso a internet y habilidades básicas de navegación y lectura digital.

Criterios psicográficos

Estas mujeres están interesadas en temas relacionados con la salud reproductiva, la maternidad, y el bienestar físico y emocional. Además, muchas de ellas están sensibilizadas o interesadas en temas de derechos humanos e igualdad de género. Buscan información detallada que les ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, la maternidad y las formas de parto a las que pueden acceder.

2.4 Propuesta

2.4.1 Sinopsis

En Ecuador, a pesar de las recomendaciones de organismos internacionales, la tasa de cesáreas continúa creciendo, en especial en el sector privado. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en 2022, nueve de cada diez nacimientos que ocurrieron en el sector privado se dieron por cesárea.

La cesárea, cuando se realiza bajo justificación médica, permite reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, desde el 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dictaminó que realizarla sin razones médicas no aporta ningún beneficio, ni a la madre, ni al bebé. Al contrario, en comparación con el parto normal, la cesárea conlleva las complicaciones y riesgos inherentes a cualquier operación quirúrgica, además de acarrear consecuencias psicológicas y emocionales para la madre.

"Marcas de Guerra: Las cicatrices de las cesáreas en Ecuador" es un reportaje web que documenta el aumento de las cesáreas en Ecuador, mostrando las historias de dolor y resistencia que se asientan sobre los cuerpos de las mujeres que pasan por este procedimiento. Además de problematizar el aumento de las cesáreas, analizando las causas económicas y la falta de normativas, el reportaje busca abrir un diálogo a través de los testimonios de las mujeres, para que sus experiencias, lejos de quedarse en una experiencia personal, se vean identificadas en otras voces, generando una conciencia colectiva sobre esta problemática.

“Marcas de Guerra” es apenas un vistazo de una de las deudas que tiene el Ecuador para prevenir la violencia obstétrica que se ejerce sobre las mujeres ecuatorianas. No obstante, también es la conjugación de narrativas de apropiación y resignificación, donde la mujer hace carne de aquellos derechos que están en el papel: el derecho a decidir sobre la maternidad y su parto.

2.4.2 Enfoque

El enfoque del reportaje tiene dos ejes rectores: el impacto físico y psicológico de la cesárea en las mujeres y las formas de reapropiación del parto que surgen tras estas experiencias. Todo esto se enmarcará en el contexto del aumento de las cesáreas en Ecuador y la perspectiva de las doulas, quienes se posicionan como figuras influyentes al momento de conceptualizar el parto humanizado.

El primer eje, que aborda el impacto físico y emocional de la cesárea en las mujeres, buscará enfocar el reportaje desde la perspectiva de las madres, sus historias y sus interpretaciones subjetivas. Las mujeres entrevistadas podrán relatar sus sentimientos, sus deseos y la visión del parto que tenían antes y después de la cesárea. A través de estos testimonios, también podrán expresar o denunciar los tratos que consideraron inadecuados o carentes de información.

Este eje tiene como premisa principal generar un diálogo entre los testimonios de las entrevistadas, donde los fragmentos de cada relato se retroalimenten y complementen mutuamente, creando una narrativa común mucho más fuerte. El objetivo, en última instancia, es que los testimonios y su conversación sean el hilo conductor de todo el reportaje. Es a través de los testimonios que las cifras y las voces de expertos cobran sentido.

El segundo eje se enmarca dentro de las narrativas de la esperanza que buscan combatir el fatalismo e incitan a la resistencia y la colaboración. Desde su experiencia de dolor hasta los procesos de resignificación, pasando por la apropiación del parto acompañando a otras mujeres, las personas entrevistadas y los datos ofrecidos se conjugarán para ofrecer narrativas que propongan soluciones y resistencia, creando a la vez un pequeño espacio de diálogo para mujeres.

En términos generales, el reportaje buscará proporcionar la información y el contexto necesarios para que las mujeres que puedan acceder a él tengan mayores herramientas para tomar decisiones conscientes e informadas. Es la resistencia en colectivo desde las maternidades lo que guía este trabajo.

2.4.3 Estructura del reportaje

El reportaje se divide en cinco secciones, a las cuales el lector puede acceder desde la página inicial, que presenta una breve introducción del tema y expone el enfoque del

reportaje. Aunque hay un orden sugerido, las secciones se pueden visitar de forma aleatoria o independiente. El contenido de las secciones es el siguiente:

- **"Ecuador, nuestra herida abierta"**: Esta sección abordará el incremento de las cesáreas en Ecuador, las disparidades regionales dentro del país, el marco legal y normativo, así como las causas detrás de la alta tasa de cesáreas.
- **"Entre el sentir y la medicalización"**: En esta sección se examinará el impacto emocional y físico de las cesáreas, el exceso de medicalización e intervención en el parto, las justificaciones para realizar una cesárea y el concepto de cesárea respetada.
- **"Doulas: de la reapropiación y la resistencia"**: Se presentará la historia de una de las doulas más destacadas en Ecuador, su perspectiva sobre el parto y la violencia obstétrica, así como sus esfuerzos para promover políticas públicas. Además, se destaca el papel crucial de las doulas en la reapropiación del parto.
- **"No estamos solas: alumbramos acompañadas"**: Esta sección buscará resaltar la importancia de las redes de apoyo como herramienta para enfrentar la creciente violencia obstétrica. Se recopilan consejos de las entrevistadas para afrontar el parto, con el objetivo de fomentar el diálogo y el acompañamiento para las mujeres que desean ser madres.
- **"Renacer y resignificar"**: Aquí se explorará la posibilidad de resignificar las experiencias de cesárea. Se presentan las voces de las mujeres entrevistadas, quienes comparten el significado que otorgan a sus experiencias mientras abogan por un enfoque más respetuoso del parto.

La conformación de la estructura del reportaje surge después de una pre-reportería, donde se definieron los temas clave y las fuentes principales.

2.4.4 Metodología de investigación

- **Técnica de la Bola de Nieve:**

La técnica o la estrategia de la bola de nieve es una herramienta de la investigación cualitativa, en la cual los participantes del grupo de muestra reclutan a nuevos participantes entre los conocidos de su grupo social (Rodríguez, s.f.). Para la investigación de este reportaje, se iniciará conversando con personas allegadas y del círculo social cercano sobre experiencias de cesáreas. A través de estas entrevistas iniciales, se solicitará recomendaciones de otras mujeres que estén dispuestas a compartir sus experiencias. Se continuará ampliando la muestra a partir de estas referencias, lo que permitirá obtener una variedad de perspectivas y experiencias sobre el parto por cesárea, la violencia obstétrica y la maternidad.

- **Investigación documental:**

Se llevará a cabo una investigación en fuentes documentales de instituciones públicas, como el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, y las leyes vigentes sobre la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, derecho a la salud reproductiva y parto humanizado. Se recopilará información estadística y datos relevantes sobre la tasa de cesáreas, políticas de salud pública, y recomendaciones médicas.

- **Entrevistas de expertos:**

Se establecerán contactos con médicos en el campo del parto humanizado y doulas, tanto a nivel local como nacional. Se llevarán a cabo entrevistas en profundidad con estos expertos para obtener su visión y conocimientos sobre el tema.

2.4.5 Entrevistados y fuentes

- **Alejandra:** Alejandra Ontaneda es psicóloga y madre de 2 hijos, ambos nacidos por cesárea. Su primer procedimiento fue traumático e injustificado, mientras que el segundo, con la ayuda de otro médico y una doula, fue consentido y acompañado. Alejandra ha experimentado la diferencia entre ser protagonista y espectadora en su parto, y a raíz de estas vivencias, aboga por el parto respetado.
- **Melanie:** Melanie Jackeline Herrera Bonilla, licenciada en Relaciones Internacionales y actualmente profesora de idiomas, es madre de tres hijos. Su primera hija nació por cesárea, un procedimiento que Melanie considera fue realizado sin la información adecuada y, posiblemente, sin justificación médica. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones generales que desaconsejan el parto vaginal tras una cesárea, logró dar a luz a sus siguientes hijos de manera natural.
- **Silvia:** Silvia del Pilar Andino Cadena es administradora de empresas, graduada en Ecuador. Posteriormente se mudó a Alemania, donde se formó como maestra de kindergarten. Es madre de una hija. Sus labores de parto se prolongaron más de lo esperado, y fue sometida a una cesárea sin recibir la información adecuada. Como resultado, sufrió de depresión postparto.
- **Sofía:** Sofy Velasco Costales se formó como bioquímica farmacéutica y trabaja como analista de laboratorio clínico en Riobamba. Además, tiene una gran afición por el arte, especialmente por las danzas de Medio Oriente, la pintura y el canto. Es madre de una hija, nacida por cesárea de emergencia. El procedimiento de su cesárea no fue respetuoso, lo que llevó a Sofía a sufrir depresión postparto.
- **María Gabriela:** María Gabriela Guarderas Barahona, de 50 años, es ama de casa y madre de cuatro hijos, todos nacidos por cesárea. Aunque no cuestiona la justificación

médica de sus cesáreas, reconoce el impacto emocional que estas operaciones tuvieron en su vida.

- **Lorena Rodríguez:** Lorena Rodríguez es docente con más de dos décadas de experiencia en el campo educativo. Durante 18 años, trabajó en una institución educativa católica, y hace tres años se unió a una unidad educativa fiscal. Es madre de tres hijos, todos nacidos por cesárea. Lorena ofrece una perspectiva nueva sobre la cesárea, cuestionando su accesibilidad en el servicio de salud pública y abordando las dificultades del proceso de recuperación.
- **Verónica:** María Verónica Cely Cajas es madre de dos niñas. Después de pasar por una cesárea injustificada y desconsiderada, se capacitó como doula. Actualmente, se dedica al acompañamiento de familias en todas las etapas, desde la gestación y el parto hasta el posparto, la lactancia y el desarrollo en las diferentes etapas matricas. Su perspectiva sobre la cesárea es única, ya que la aborda desde su experiencia personal y su visión profesional.
- **Alexandra:** María Alexandra Olivo Villegas es relacionista pública de profesión y escritora por vocación. Es madre de dos hijos, ambos nacidos por parto natural. Aunque Alexandra se preparó para ambos nacimientos, en su primer parto se le administró oxitocina sin su consentimiento, siendo víctima de violencia obstétrica y de las intervenciones innecesarias.
- **Pilar:** María del Pilar Demera Villavicencio es física de profesión y artesana por vocación. Durante 18 años se dedicó a la docencia, y al finalizar esa etapa profesional, se dedicó por completo a las artes manuales. Es madre de dos hijos, ambos nacidos por parto natural. Sin embargo, durante su segundo parto, fue amarrada a la cama, se le administró oxitocina sin su consentimiento informado, y se le iba a realizar una cesárea injustificada.

- **Doula María Isabel Yáñez:** María Isabel Yáñez Tatés es comunicadora social y asesora de lactancia y doula. Actualmente, ejerce como Directora de Savia Materna, la Escuela de Formación y Especialización de Acompañantes Perinatales - Doulas. Previamente, ocupó el cargo de coordinadora general y nacional de la Red Mundial de Doulas. Su contribución se extiende al ámbito legislativo, donde participó en el debate de la Asamblea del 2016 sobre la Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto, contribuyendo así al avance de normativas para el parto humanizado.
- **Doula Silvana García:** Silvana García Moreno es una doula y acompañante perinatal certificada. En 2017, fundó el Centro de Acompañamiento Maternal Holístico Madre Ancestral. En 2018, obtuvo certificaciones como Profesora de Yoga pre y postnatal, así como Doula de posparto por The Mother's Journey. Ese mismo año, también se certificó como Doula de gestación, parto y posparto por Savia Materna, con el aval de la PUCE. Es miembro fundador del "Colectivo Valdivias" - Derechos sexuales y reproductivos, género e interculturalidad, desde el año 2021.
- **Doula Patricia Muñoz:** Patricia Muñoz Oquendo, madre de cuatro hijos, es asesora de maternidad, lactancia y crianza positiva. Con una certificación como Doula y Educadora Perinatal, Patricia cuenta con 21 años de experiencia en el acompañamiento de mujeres y sus parejas durante la gestación, el parto, la lactancia y el puerperio. Como gerente de la Compañía Doula Vertiente de Amor y Vida, y líder de la Tribu de apoyo a la maternidad del mismo nombre, creada hace 12 años, Patricia ha dedicado su vida a brindar apoyo y guía a las mujeres durante la maternidad y el embarazo.
- **Ginecólogo Ismael Escandón:** Ismael Escandón Zambrano es médico ginecólogo, obstetra y laparoscopista, con más de 10 años de experiencia en su campo. Se graduó

de la Universidad de San Francisco de Quito y completó un posgrado en el Hospital Metropolitano, avalado por la Universidad Internacional. Su enfoque se centra en la cirugía mínimamente invasiva, así como en el cuidado de embarazos y partos con respeto hacia la madre y el bebé. Dentro del ámbito del parto humanizado en Ecuador, es reconocido por su visión no invasiva del proceso de parto.

Es importante resaltar que no todos los testimonios fueron incluidos en su totalidad en el reportaje final. Sin embargo, la mayoría de ellos se encuentran en las secciones "No estamos solas: alumbramos acompañadas" y "Renacer y resignificar", ya que ambas buscan fomentar un diálogo abierto entre las mujeres. Los criterios de inclusión en las demás secciones se basaron en la relevancia y pertinencia de los testimonios para el enfoque específico del reportaje. A pesar de esto, cada entrevista contribuyó al proceso de investigación y ayudó a dar forma a la narrativa general del proyecto.

2.4.6. Recursos y Materiales necesarios:

1. Equipo de Grabación y Fotografía:

- **Cámaras de video:** Para capturar entrevistas y escenas relevantes.
- **Micrófonos:** Micrófonos de solapa para asegurar una buena calidad de audio en las entrevistas.
- **Trípodes y estabilizadores:** Para garantizar tomas estables.

2. Herramientas digitales:

- **Software de edición de video:** Se usará Final Cut Pro para editar las grabaciones.
- **Software de edición de audio:** Se usará Adobe Audition para mejorar la calidad del audio.

- **Sistema de gestión de contenidos:** Se usará Wordpress para la creación de la página web.

3. Permisos y Autorizaciones:

- **Autorizaciones de entrevistas:** Consentimiento informado de las personas entrevistadas. Se realizará en formato de audio.

2.4.7. *Estilo visual y formato:*

Identidad visual del reportaje:



Ilustración 1. Identidad visual del reportaje “Marcas de Guerra”.

Tipografía:

- **Tipografía principal:** Bodoni 72 Smallcaps Book

Se utiliza en títulos y subtítulos del reportaje, al igual que en todos los productos audiovisuales. Esta tipografía, al estar en mayúsculas, permite una adecuada visualización.

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

Ilustración 2. Tipografía principal del reportaje.

- **Tipografía secundaria:** Nunito Sands Extra Light

Se utiliza en el cuerpo del reportaje. Nunito es una tipografía parte de la familia “Sans serif”, lo que la vuelve legible y clara.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z
a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z

Ilustración 3. Tipografía secundaria del reportaje.

Paleta de colores:

Colores principales:

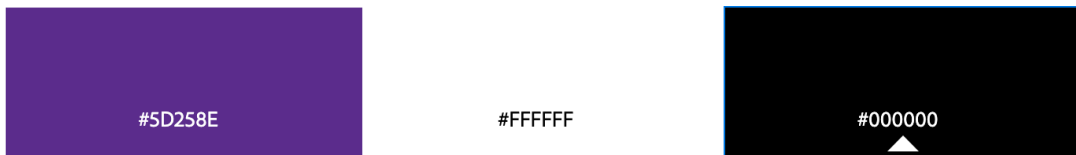


Ilustración 4. Paleta de colores principales.

La paleta principal, compuesta por tonos de blanco, negro y morado, se seleccionó para transmitir una sensación de seriedad y profundidad hacia el tema del reportaje. El negro puede asociarse con la seriedad y la dignidad, mientras que el blanco proporciona un contraste y ayuda a la claridad en la presentación de la información. A su vez, el morado es el color representativo de las luchas feministas.

Colores secundarios:

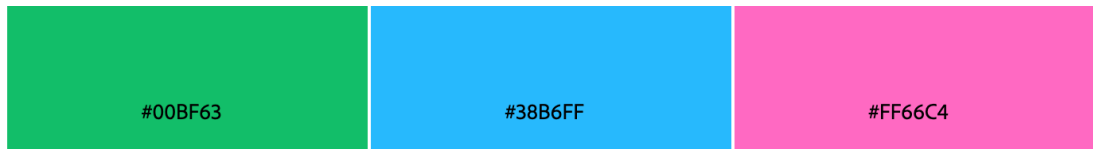


Ilustración 5. Paleta de colores secundarios.

La paleta secundaria, que incluye tonos de celeste, rosado y verde, se introduce para agregar dinamismo y vitalidad al reportaje. Estos colores vibrantes evocan emociones positivas, frescura y esperanza, lo que puede resaltar aspectos de optimismo, cambio y renacimiento en la narrativa.

Música:

Se utilizó "Barro tal vez", una canción de Luis Alberto Spinetta, en el cover interpretado por Paula Sofia & Dani Labbé, producido como parte del proyecto "Sesiones en vivo Desde El Estudio" de Maximiliano Laynez.

https://www.youtube.com/watch?v=aOHryTf_y4

2.5 Plan de producción

2.5.1 Calendario

| Actividad | Febrero | | | | Marzo | | | | Abril | | | | Mayo | | | | Junio | | | |
|------------------------------------|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Presentación del plan | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del plan | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensayo académico | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación de proyecto | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrevistas Mujeres | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Entrevistas médicos | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Entrevistas parteras y doulas | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Sistematización de la información | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Diseño del reportaje | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Redacción y edición | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| Revisión del tutor y correcciones. | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| Presentación al tutor. | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| Envío a lectores. | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |

2.5.2 Presupuesto

| <i>Número del rubro</i> | <i>Denominación del Rubro</i> | <i>\$</i> | <i>%</i> |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO | \$30 | 3% |
| 2 | PRE - PRODUCCIÓN | \$ 90 | 9% |
| 3 | EQUIPO TÉCNICO | \$ 50 | 5% |
| 4 | TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN | \$ 30 | 3% |
| 5 | SOPORTE DE REGISTRO | \$ 0.00 | 0% |
| 6 | SISTEMA DE GESTIÓN DE CONTENIDOS | \$ 90.00 | 9% |
| 7 | PROCESO DE POST-PRODUCCIÓN DE VÍDEO | \$30 | 3% |
| 8 | PROCESO DE POST-PRODUCCIÓN DE SONIDO | \$30 | 3% |
| 9 | REDACCIÓN | \$90 | 9% |
| 10 | CORRECCIÓN DE ESTILO | \$30 | 3% |
| 11 | DISEÑO Y CONFIGURACIÓN DE LA WEB | \$30 | 3% |
| 12 | EQUIPOS | \$ 500.00 | 50% |
| | TOTAL | \$ 1000.00 | \$ 1000.00 |

CONCLUSIONES

En Ecuador, el reconocimiento de las cesáreas innecesarias como una forma de violencia obstétrica enfrenta dos grandes obstáculos. Primero, en el ámbito médico, obstetras y ginecólogos a menudo no reconocen los episodios de violencia que ocurren en los quirófanos o en las salas de parto. Esta falta de reconocimiento se debe en gran medida a su formación académica, que continúa reproduciendo una lógica de dominación en las relaciones médico-paciente y en la concepción del cuerpo femenino como un objeto. Por otro lado, las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica a menudo no identifican estos actos como tal. No es sino en el análisis detallado de sus relatos o mediante la profundización de las preguntas que se pueden reconocer actos que atentan contra su autonomía durante el parto.

La invisibilización de la violencia obstétrica por parte de médicos y madres refleja, por lo tanto, la naturalización de la violencia y la efectividad de los mecanismos de control en el ámbito médico. A su vez, también pone de manifiesto la falta de conocimiento sobre los derechos de las mujeres durante el parto y la falta de espacios de diálogo.

El reportaje "Marcas de Guerra: Las cicatrices de las cesáreas en Ecuador" se inscribe en este complejo escenario. En Ecuador, acceder a información sobre cesáreas enfrenta serios obstáculos. Tanto en los hospitales públicos como en los privados, los procesos para obtener datos son largos y complicados, lo que dificulta el análisis y la comprensión de esta problemática. Además, existe una notable carencia de estudios en esta área: tanto las instituciones públicas responsables de la recopilación de datos como las instituciones académicas y de investigación han prestado escasa atención a las cesáreas como forma de violencia obstétrica, dejando este tema fuera del foco de análisis y debate.

Sin embargo, la elaboración del reportaje también ha demostrado la posibilidad de generar nuevos discursos sobre el parto, la cesárea y la maternidad. Las narrativas que las

mujeres construían durante las entrevistas mostraron la enorme capacidad para identificar la violencia a través de la verbalización de sus historias y sentimientos. Durante la etapa de investigación, a menudo, las entrevistadas expresaban que "nunca se habían detenido a pensar en eso hasta hoy", "jamás tuvieron la oportunidad de expresar lo que sentían" o "apenas ahora se dan cuenta de lo impactante que fue", entre otras expresiones que reflejaban la necesidad de hablar, al mismo tiempo que denotaban la ausencia de espacios para hacerlo. A su vez, en sus reflexiones, lograron construir miradas críticas sobre la atención obstétrica, lo que resalta el papel crucial de los medios y la generación de contenido para promover nuevos diálogos y construcciones de sentido.

Ante todo, es importante señalar que la extensión del reportaje es insuficiente en comparación con todo lo que se necesita debatir sobre la violencia obstétrica. Quedan múltiples aristas que deben abordarse, no solo desde el periodismo, sino también como sociedad informada y crítica. Desde la comunicación y el periodismo con enfoque de género, es imperativo que la violencia obstétrica y la reivindicación del parto humanizado se conviertan en temas prioritarios en la agenda.

LIMITACIONES

- En este estudio, no se pudo contar con una perspectiva amplia de médicos y obstetras. Los profesionales de la salud son reacios a abordar la problemática de la violencia obstétrica porque consideran que discutirla viola el "secreto profesional".
- A pesar de que se recopilaron nueve testimonios, resulta evidente que la falta de reconocimiento de episodios de violencia obstétrica y de cesáreas injustificadas complica su cuantificación. Durante mi investigación, y con base en la información proporcionada por las doulas, observé que muchas mujeres califican sus partos como positivos, aun cuando hayan experimentado situaciones de violencia. Esta percepción representó una limitación para el estudio, ya que abordar directamente temas como las cesáreas injustificadas no siempre producía resultados claros. Fue necesario explorar las experiencias de cesáreas en general y, a partir de ahí, profundizar en los relatos para identificar estos episodios de violencia.
- Durante la etapa de investigación del reportaje, no se realizaron tantas entrevistas presenciales como se había planificado inicialmente, predominando las entrevistas virtuales. Esto se debió principalmente a que la mayoría de las entrevistadas eran madres y profesionales con tiempo libre sumamente reducido. Sus cargas domésticas y sus responsabilidades laborales ocasionaban que tuvieran espacio únicamente en la noche, lo que a su vez complicaba mi movilización. Aunque las entrevistas a través de plataformas en línea facilitaron su participación, esta modalidad implicó sacrificios en la calidad del audio y del vídeo, lo que puede haber afectado la profundidad de la interacción y la riqueza de los detalles capturados.

RECOMENDACIONES

- El tema de las cesáreas injustificadas como una forma de violencia obstétrica requiere, aún, un abordaje académico y político profundo. Desde la comunicación y las ciencias humanas es necesario que se siga investigando este fenómeno, al igual que otros escenarios de la violencia obstétrica. Además, podría ser sumamente beneficioso fomentar diálogos con las ciencias de la salud, con el fin de ayudar a prevenir la violencia obstétrica desde la formación académica de los futuros médicos.
- La creación de un reportaje multimedia requiere atención en varios aspectos: investigación, redacción, gestión web, edición sonora y audiovisual, y diseño gráfico. Aunque es posible llevar a cabo este trabajo de manera individual, la calidad del producto final sería significativamente mayor si se contara con el apoyo de especialistas en cada área. Las facultades, carreras y la universidad en general deberían fortalecer y promover la posibilidad de realizar proyectos de titulación interdisciplinarios, facilitando así la colaboración entre estudiantes de diferentes disciplinas y mejorando la calidad de los proyectos finales.

MEMORIA DEL PRODUCTO

<https://angelairene.com/cesareas-injustificadas/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvez Bandera, P. E. (2019). La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo gestante: un análisis de las representaciones y discursos de los profesionales de la salud.

Asamblea Nacional de Venezuela. (2007, abril 23). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2007.

https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2018, enero 31). Ley Orgánica para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres Gaceta oficial de la República del Ecuador .

https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

Borges Damas, Lareisy, Sánchez Machado, Rolando, Domínguez Hernández, Roberto, y Sixto Pérez, Arahi. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(3), 1-12.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&tlng=es.

Casal-Moros, Norma, y Alemany-Anchel, M^a José. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Index de Enfermería, 23(1-2), 61-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>

- Castro, R., & Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Federici, Silvia. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fornes, Valeria Lucía (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Foucault, M. (2008) El Nacimiento de la Clínica.
- Foucault, Michel. (2005). Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Galván, A. I. O., y Sánchez, T. E. R. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA REVISIÓN CRÍTICA Y FEMINISTA EN TORNO AL TEMA. UNAM, Facultad de psicología.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023, junio). Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2022.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_de_f_fetales_2022/Presentacion_ENV_y_EDF_2022.pdf
- Murrieta, A. P. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 6(1), 59-76
- Olza, I. (2017). Secuelas psicopatológicas de las cesáreas.

- Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. https://iris.who.int/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- Ortiz-Prado, E., Castillo, T. A., Olmedo-López, M., Armijos, L., Ramírez, D., & Iturralde, A. L. (2017). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e15.
- Pacino, N. L. (2015). Maternal Health in the Andes. In *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2017, diciembre 18). Dominios Académicos y Líneas de Investigación. <https://www.puce.edu.ec/intranet/documentos/Reglamentos/PUCE-SG-Dominios-Academicos-y-Lineas-de-Investigacion.pdf>
- Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Ravanal, M. D. L., y Aurenque Stephan, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos (México)*, (55), 407-437
- Rodríguez, A. (s.f.). Estrategia de la bola de nieve. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/464514187/estrategia-de-la-bola-de-nieve>
- Sala, V. V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 90-107.

Salgado, F., & Diaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (29), 23-34.

Vázquez Parra, J. C. (2016). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(1), 60-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441>

Villalobos Quevedo, M. S. La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77843>

ANEXOS

Materiales complementarios

- [Archivo Sonoro y audiovisual](#)
- [Transcripciones de las entrevistas](#)
- [Galería de fotos](#)
- [Producción Gráfica - Sonora - Audiovisual](#)

Planificación web

| REPORTAJE WEB "MARCAS DE GUERRA: LAS CICATRICES DE CESÁREAS INJUSTIFICADAS EN ECUADOR" | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------------------------|------------|
| EJES | FUENTES | NÚMERO | DATOS | RELATOS | FORMATOS | PRODUCTOS |
| HISTORIAS DE MUJERES | Pilar Demera | 98037159 | Posible cesárea / violencia obstétrica | Entrevista | Escrito / Sonoro / Audiovisual | Producto 1 |
| | Sofía Velasco | 995726769 | Cesárea irrespetada | Entrevista | Escrito / Sonoro / Audiovisual | |
| | Lorena Ivonne Rodríguez | Cuenta empresarial. | Varias cesáreas / No traumáticas | Entrevista | Audiovisual | |
| | Gaby Guarderas | 984761101 | Cesárea irrespetada | Entrevista | Audiovisual | |
| | Melanie Herrera | Contacto guardado | Cesárea irrespetada | Entrevista | Escrito / Sonoro / Audiovisual | |
| | Alexandra | 995410357 | Violencia obstétrica / No cesárea | Entrevista | Audiovisual | |
| | Silvia Andino | Internacional | Cesárea irrespetada | Entrevista | Audiovisual | |
| | Alejandra Ontaneda | Contacto guardado | Cesárea irrespetada | Entrevista | Escrito / Sonoro / Audiovisual | |
| | Vero Cely | Contacto guardado | Cesárea irrespetada | Entrevista | Escrito / Sonoro / Audiovisual | |
| REAPROPIACIÓN DEL PARTO: PARTERAS Y DOULAS | Patricia Muñoz María Isabel Yáñez Silvana García | 992719785 985660382 El parto es nuestro | Experiencia doula Experiencia doula Hacia la apropiación del parto | Entrevista Entrevista Entrevista | Sonoro Sonoro Sonoro | Producto 2 |
| MIRADA MÉDICA | Pamela López | Cuenta empresarial. | Parto humanizado / Cesáreas incidencia | Entrevista | Sonoro | Producto 3 |
| | Íder Salgado | 2569228 | Parto humanizado / Cesáreas incidencia | Entrevista | Sonoro | |
| | Ismael Escandón | Contacto guardado | Parto humanizado / Cesáreas incidencia | Entrevista | Sonoro | |
| DIMENSIÓN DEL PROBLEMA | Documentos oficiales institucionales (IESS) | Cifras de cesáreas por año | Infografía | Visual | | Producto 5 |
| | El parto es nuestro | ecuador@elpartoesnuestro.ec | Experiencia apropiación del parto | Infografía | Visual | |

Montaje

INTRODUCCIÓN

CONTENIDO 1

VIDEO Y AUDIO:

“Mi herida me gusta. La veo y recuerdo que por ahí salió Amanda. Y de hecho se lo cuento, y Amanda me queda viendo y dice, “Ay, mami, pobrecita”. Pero yo le digo, “No, hija, es que es normal”. Entonces la vas tomando como algo propio de ti: es una **herida de guerra**”.

- *Sofía, en entrevista el 26 de marzo de 2024.*

Siete capas: la piel, la grasa subcutánea, la fascia, la musculatura abdominal, el peritoneo, el útero y saco amniótico. Estas son las siete capas que se cortan en la cesárea, un proceso quirúrgico a través del cual cada vez más niñas y niños llegan al mundo. Muchos años atrás, la cesárea era considerada una operación post mortem, y no es hasta el siglo XVI que se documentó el primer caso de una mujer que sobrevivió a una, lo que cambió para siempre la percepción sobre la utilidad de este procedimiento.

Cuando se realiza de manera justificada, la cesárea permite abordar partos complicados, reduciendo los índices de mortalidad materna e infantil. No obstante, desde el 2015, [la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) dictaminó que **un índice de cesáreas superior al 10% no se asocia con una reducción significativa en los índices de mortalidad y que, de hecho, la realización de cesáreas sin justificación médica no aporta beneficios a la mujer ni al recién nacido.**

En [América Latina, el 44% de los partos se da por cesárea](#), lo que la convierte en la región del mundo con mayor incidencia de esta intervención quirúrgica. **Ecuador, con una tasa del 49%, ocupa el quinto lugar en [la lista de los países con mayor tasa de cesáreas](#).** Sin embargo, las miles de heridas que se acumulan de manera injustificada y violenta no se nombran; al contrario, se silencian e invisibilizan. **Así, las cicatrices continúan extendiéndose por este territorio, tan nuestro y tan reclamado: el cuerpo de las mujeres ecuatorianas.**

A pesar del dolor, o quizás por él, aquellas heridas no nos han inmovilizado. El silencio se rompe cuando esas cicatrices empiezan a formar comunidades, evocan, convocan y se vuelven recordatorios constantes de cariño y resistencia. Esas son nuestras marcas de guerra.

ECUADOR, NUESTRA HERIDA ABIERTA

“Y no es solo una cirugía, es la cirugía. Porque te van cortando hasta llegar al bebé, lo sacan y te vuelven a coser de capa en capa: son siete capas. Entonces yo tengo una herida súper gruesa. Y la puedes tocar, y por dentro, la sientes”.

- *María Gabriela, en entrevista el 27 de marzo de 2024.*

Obligar a la mujer a parir acostada o inmovilizada, negarle la posibilidad de cargar y amamantar al bebé inmediatamente después del parto, ignorar sus preguntas o deseos, regañarla, infantilizarla, maltratarla físicamente, no atender oportunamente las emergencias obstétricas, realizar prácticas con fines únicamente pedagógicos y **practicar cesáreas sin justificación médica son, entre muchas otras, formas de violencia obstétrica que suceden durante el embarazo, el parto y el postparto.** La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género ejercida por parte del personal sanitario, que vulnera los derechos de las mujeres embarazadas a tener autonomía sobre su cuerpo y su parto.

CONTENIDO 3

IMAGEN: En Ecuador, la violencia obstétrica fue apenas definida en 2018 mediante la [Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres](#). Según esta ley, la violencia obstétrica se refiere a "toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres, embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos [...], impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico."

IMAGEN: En Ecuador, 48 de cada 100 mujeres han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco-obstétrica a lo largo de su vida. *Fuente:* Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - ENVIGMU 2019

A nivel mundial, la tasa de cesáreas ha experimentado un preocupante incremento en las últimas décadas, en especial en los países con mayores ingresos. [Según un estudio llevado a cabo en 2018 por The Lancet, revista médica británica](#), el uso de la cesárea fue casi cinco veces más frecuente en los países más ricos que en los países de ingresos bajos y medios. Esta disparidad, lejos de denotar ideales de progreso, pone de manifiesto diversas formas de violencia obstétrica, donde muchas mujeres carecen de acceso a cesáreas cuando las necesitan, mientras que otro gran grupo sufre las cicatrices de cesáreas que no pidió.

CONTENIDO 2

INSERTAR MAPA MUNDIAL DE CESÁREAS

En Ecuador, a pesar de las recomendaciones de organismos internacionales y de derechos humanos, la tasa de cesáreas se ha incrementado, en especial en el sector privado. [Entre 2001 y 2013, el 57,5% de los partos en el ámbito privado se realizaron mediante cesárea](#), a comparación del sector público, donde el índice de cesáreas no superó el 22,3%. Desde entonces, la tendencia ha sido creciente: según el [Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en 2022, nueve de cada diez nacimientos que ocurrieron en el sector privado se dieron por cesárea.](#)

El aumento de cesáreas únicamente en el sector privado también denota las asimetrías que se reproducen al interior del país. Según [el Boletín Nacimientos por Cesárea MSP 2012-2015](#), los nacimientos por cesárea se concentran en el área urbana, con un promedio del 86,94%, mientras que en el área rural solo alcanza el 13,2%.

La cesárea no solo conlleva los riesgos inherentes a cualquier operación quirúrgica, sino que, por su complejidad y el momento de la vida en el que ocurre, también tiene dificultades propias. [De acuerdo con un estudio realizado por Ibone Olza, médica psiquiatra y cofundadora del foro “Apoyocesáreas”](#), la cesárea puede acarrear reacciones psicológicas, como el sentimiento de pérdida o fracaso y dificultad para establecer un vínculo con el recién nacido. **Estas reacciones son más comunes cuando se intersecan con otros tipos de violencia**, como el maltrato por parte del personal médico, la falta de acceso a información adecuada y la privación del contacto con seres queridos: historias que, desde lo público hasta lo privado, se viven todos los días.

CONTENIDO 4 [INFOGRAFÍAS](#)

Número de nacidos vivos por sector según tipo de parto. Período: 2013- 2022 en el año(t+1)

CONTENIDO 5 [INFOGRAFÍAS](#)

By region, C-sections represented 61% of total live births reported in the private sector in the coastal area, 36% in the highlands, and 28% in the Amazon basin.

¿Qué hay detrás del aumento de cesáreas?

Las razones detrás del alarmante aumento de cesáreas no están claras. [Según un estudio elaborado por la clínica Las Condes en Chile](#), en América Latina, las tres primeras causas bajo las cuales se realiza esta operación son **la falta de progreso en el trabajo de parto, el monitoreo fetal alterado, y la presencia de una cesárea previa**. Sin embargo, estos datos no siempre reflejan la pertinencia médica de las cesáreas, ya que estas causas son también diagnósticos comunes para justificar cesáreas innecesarias. Ismael Escandón, ginecólogo obstetra del Hospital Los Valles, de hecho señala que es la urgencia de minimizar los riesgos lo que lleva a médicos a impulsar cesáreas.

AUDIO ISMAEL 1: En el ámbito privado, mientras tú puedes individualizar, digamos que disminuyes tus riesgos. Si en el ámbito público, tú tienes una complicación, en este país, jamás vas a ver que alguien te reclame o ni siquiera que el médico se entere que hubo la complicación. Lo conoce por 10, 20 minutos y pasa a otro paciente. Y al día siguiente, el paciente tiene otro médico.

En el hospital privado, si tienes una infección de vía, ten por seguro de que te vas a enterar, porque tú eres el que la revisa, porque tú eres el que la sigue a esa señora. Y así como te enteras tú, se enteran las amistades de esa persona privada, que son gente que va a dejar de venir a tu consulta. **El médico privado no puede correr el riesgo de tener complicaciones que le van a llevar a un desprestigio.**

Ismael Escandón, ginecólogo obstetra del Hospital Los Valles

Además, según [Raúl Alcívar, presidente de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador \(Achpe\)](#), el incremento de las cesáreas también está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales privados: **mientras que una cesárea puede costar un promedio de \$2.000 en una clínica privada, el parto natural puede costar hasta la tercera parte de este valor.** [Conforme un artículo de Ana Prado Murrieta, doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana de México](#), en los hospitales, **los nacimientos por cesárea comienzan a venderse como “paquetes de parto sin dolor”** en los cuales se incluyen parto programado, suites para el parto, quirófano y cunero.

AUDIO ISMAEL 2: El tiempo y el dinero lastimosamente juegan un papel importante. El tiempo que tú te demoras en un parto y el tiempo que te demoras en una cesárea. Un parto tranquilamente te puede demorar 16 horas en promedio y la cesárea te va a demorar 1 hora [...] Si yo me demoro una hora en una cesárea y me vas a pagar 800, voy a hacer 3 cesáreas o 4 cesáreas en el tiempo de un parto, ¿sí? Entonces, el tiempo y la remuneración económica hacen un gran peso. No debe ser así. No digo que todos los ginecólogos sean así, pero sí hace un gran peso en algunos médicos.

Ismael Escandón, ginecólogo obstetra del Hospital Los Valles

La cantidad de cesáreas en la sanidad privada está vinculada a lo económico: mientras que una cesárea puede costar un promedio de \$2.000 en una clínica privada, el parto natural puede costar hasta la tercera parte de este valor .

En los últimos ocho años, Ecuador carece de cifras actualizadas que expliquen el aumento en las tasas de cesáreas. El último registro disponible es de 2016, donde, como parte del contexto del proyecto de Ley de Parto Humanizado, se señaló que el **48.16% de las cesáreas se realizaron sin relaciones clínico quirúrgicas**. A su vez, en aquellas que tenían razones médicas, **el 36.54% se debía a una cesárea anterior, causa que por sí sola no es determinante para la realización de una nueva cesárea**.

El aumento de cesáreas en el país se ve exacerbado por la falta de legislación específica. **La violencia obstétrica, y las cesáreas injustificadas como parte de ella, no están determinadas como delito en el Código Orgánico Integral Penal (COIP), por lo que no existen consecuencias penales para quién ejerza este tipo de violencia**. Más grave aún, no todas las mujeres son conscientes de haberla sufrido. A veces, tan solo queda un mal sabor de boca, un recuerdo no agradable y una tristeza que, por más que pasen los años, no se quita.

ENTRE EL SENTIR Y LA MEDICALIZACIÓN

Hoy ya no se respeta la tierra en sus fases para la siembra. Hoy se le pone mucho abono y se intoxica la tierra. Lo mismo está pasando con todos los tiempos de la naturaleza y de la vida. Hoy forzamos a los bebés a venir antes de tiempo. Ya que te hagamos lo más necesario, tu bebé ya está listo, que nazca nomás. O no respetamos nuestros tiempos o nuestros ciclos como mujeres.

- *María Isabel Yáñez, en entrevista el 8 de abril de 2024*

A las 38 semanas de su embarazo, **Alejandra** empezó a sentir [falsas contracciones](#). Hasta ese momento, todo en su embarazo había marchado bien y Alejandra esperaba a Emma, su primera hija, con una mezcla de expectativa y miedo. Cuando empezó a sentir que su panza se ponía dura, pero aún no sentía el dolor de las contracciones, llamó a su ginecólogo para preguntar qué debía hacer. “Estás en labor de parto: ven a la clínica, ya” fueron las indicaciones.

Alejandra fue a la clínica y le realizaron un monitoreo fetal. En ese momento, solo tenía dos centímetros de dilatación. Sin embargo, su ginecólogo le señaló que había sufrimiento fetal y había que hacer cesárea. Alejandra y su marido apenas tuvieron tiempo para prepararse para la cirugía. Tan solo les dieron dos minutos y pronto les llevaron al quirófano.

Pero las razones detrás de las cesáreas no están claras para Alejandra. “Yo creo que fue algo un poco arreglado - explica - porque otras personas entraban y salían de la habitación y me decían que no había sufrimiento fetal. Después el doctor solo me dijo que se iba de viaje esa noche y que me iba a hacer una cesárea”.

AUDIO ALEJANDRA 1: Todos se reían y conversaban y que el viaje y el crucero del doctor que me operó. Un montón de cosas. Y a mi esposo más bien es como que le pidieron que todo el tiempo que esté súper lejos. Y entiendo que es súper normal también que por cuestiones de cuidado. Pero era eso, como esa falta de tener una persona a la que solo le pueda ver y como decir me siento más tranquila. Tenía un montón de incertidumbre porque nadie me explicó, ni siquiera el doctor se tomó el tiempo de decirme, puede ser que esto sea así, o puede pasar esto. O lo que sea, no tenía idea qué era lo que me estaba metiendo.

Alejandra, en entrevista el 7 de abril de 2024

Con la premura que el doctor tenía para el viaje, la cesárea no tardó mucho. No obstante, a pesar de que Emma salió del vientre de su madre sin complicaciones, fue llevada inmediatamente a la unidad de neonatología, y Alejandra no la pudo ver sino hasta el día siguiente. “Yo estaba sola, en un cuarto todo blanco. Solita, así. Sin saber de mi bebé, sin tener una enfermera que me diga que todo está bien. Nadie” - cuenta.

“Yo creo que fue algo un poco arreglado porque otras personas entraban y salían de la habitación y me decían que no había sufrimiento fetal. Después el doctor solo me dijo que se iba de viaje esa noche y que me iba a hacer una cesárea”.

Han pasado varios años, y hasta ahora Alejandra se pregunta si en verdad su cesárea estaba justificada.

AUDIO ALEJANDRA 2: Siempre quise tener un parto normal. Pero en la primera creo que como que me daba más esta sensación de miedo de que le pase algo al bebé y no puedo ser yo la que pide algo a un médico. O sea, ¿cómo voy a ser yo esa persona que le va a ir a exigir algo al médico, si yo no soy doctora? Entonces, siempre como que tenía full este pensamiento. Y claro que me sentí mal. Por no tener esta posibilidad. Sobre todo, capaz no

ese rato, pero después fue como que sí me quedé con un sabor súper amargo de este nacimiento de mi bebé.

Alejandra, en entrevista el 7 de abril de 2024

¿Cuándo es necesaria la cesárea?

La asociación feminista [“El Parto es Nuestro”](#) señala [40 diagnósticos bajo los cuales suele realizarse la operación cesárea](#), de los cuales solo **10 son considerados inapelables o absolutos, 19 son relativos y dependen del caso específico, y 11 son calificados como injustificados o innecesarios.**

CONTENIDO 6 INFOGRAFÍAS CESÁREAS POR CLASIFICACIÓN

Muchas de las causas por las cuales se induce una cesárea, como una cesárea anterior, falta de progreso en el trabajo de parto, posición de nalgas o bebé alto o no encajado, son factores que por sí solos no determinan la necesidad de realizar la cirugía. **Sin embargo, durante el proceso de parto, las mujeres no siempre disponen de la información necesaria para tomar decisiones informadas, mientras que los médicos no siempre cumplen con su deber de informar adecuadamente sobre los procedimientos y las razones detrás de sus decisiones.**

“Hasta ahora pienso ¿pudo haber sido diferente?”, suspira **Melanie**, quien tuvo a su pequeña a los 21 años en una clínica privada, donde esperaba, inicialmente, tener un parto normal. Durante la labor de parto, su ginecóloga llegó y le explicó, de manera abrupta y poco compasiva, que tenían que hacerle una cesárea porque “el bebé no estaba encajado, ella no lo iba a lograr y si no abrían en ese momento, iba a entrar en sufrimiento fetal”

“No sé si de pronto, esperando un poco más, pudo haberse encajado normalmente”, explica Melanie. “La ginecóloga nunca me explicó del todo cómo funcionaba el asunto. Es decir, yo iba preparada un poco teóricamente hablando, pero como primeriza en ese momento, tienes que hacer caso a lo que los profesionales te dicen”.

AUDIO MELANIE 1: Y pues en ese momento, directo al quirófano para que le saquen a la enana. Entonces, sí, pues sí, fue rápido. En ese momento, el anestesiólogo, fue como que “aquí, mamita, se acaba su dolor” y te ponen como la raquídea, esa inyección en la espalda, que te deja ya inmovilizada de la cintura para abajo. Y bueno, así le sacaron la enana en ese momento. Y se la llevaron enseguida. Eso también fue súper turro, porque no me permitieron tener ese contacto piel a piel, que es súper lindo al momento que nace tu bebé, y que es recomendado y demás.

Melanie, en entrevista el 1 de abril de 2024

Para su segundo parto, Melanie cambió de ginecóloga. En esta ocasión, estaba decidida a tener un parto normal, donde le permitieran tener contacto piel con piel y no le separaran de su bebé apenas naciera. Y, a pesar de tener una cesárea anterior, pudo tener un parto normal.

AUDIO MELANIE 2: Obviamente, después de una cesárea, generalmente te dicen, si tuviste una cesárea y peor como madre primeriza, estás condenada a tener cesáreas después. Negativo. No siempre es ese el caso. Y una cosa que he visto, he escuchado en muchísimos casos, es que te dejan con eso. O sea, tú hiciste una cesárea obligatoriamente a ver si tenías cesárea.

Pero, como te digo, estuvimos con un ginecólogo de confianza esta vez y él nos guió. Entonces, decía, vamos a intentarlo hasta el final. O sea, si hasta el final todas las cosas van en orden, todo bien, vamos a intentar un parto normal hasta el final. Si es que tuviéramos una mínima complicación frente a lo que sea, hacemos cesárea. Pero si no, intentamos hasta el final. Y así fue. Hasta el final lo intentamos. Y se dio. Y se dio súper bien.

Y fue un lograzo. Fue un lograzo. Igual con mi tercer bebé, mucho más lindo igual. Ya tenía un poco más de idea de lo que iba, de lo que estaba sucediendo. Igual, como te decía, el contacto piel a piel en ese momento que nace el bebé es súper importante, súper bonito, directo al pecho y directo, o sea, a tenerle ahí. Una historia completamente diferente. Igual el pediatra que ya le vio a mi niña desde los tres meses, tres, cuatro meses. Y ahí con mis dos otros bebés igual siempre ahí. O sea, una historia completamente diferente.

Melanie, en entrevista el 1 de abril de 2024

La historia de Alejandra y Melanie no son casos aislados; más bien, son ejemplos representativos de una tendencia creciente. Desde 2016, Ecuador tiene una [Guía de Práctica Clínica para la atención del parto por cesárea](#), la cual define los criterios para realizar esta intervención, los factores que influyen en su aumento o disminución, y los derechos de las mujeres a estar informadas en todo momento. Sin embargo, a diferencia de países como Brasil, Ecuador carece de una normativa que regule específicamente la implementación de las cesáreas.

CONTENIDO 7

IMAGEN:

En Brasil, desde 2015 se implementaron normativas para mejorar el acceso a la información relacionada con los partos. Una de ellas permite a las mujeres solicitar los porcentajes de cesáreas y partos normales de cada centro médico y obstetra. Además, se requiere que las operadoras de salud proporcionen a las mujeres una "Tarjeta de la Gestante" que registra todo su historial prenatal. De esta manera, los profesionales de salud podrán saber cómo ocurrió el embarazo, facilitando la atención a la mujer durante el trabajo de parto.

A su vez, los médicos también deben justificar la necesidad de realizar una cesárea, y están obligados a completar un registro detallado del proceso de parto y nacimiento, explicando sus acciones

Fuente: Agência Brasil, 2015

Silvana García, doula y fundadora del [centro de acompañamiento maternal holístico Madre Ancestra](#), señala que la raíz de las cesáreas injustificadas reside en las inducciones de parto innecesarias, donde no se respeta el ritmo fisiológico de la mujer. [La inducción del parto](#) se refiere a los diferentes tratamientos que se utilizan para iniciar el trabajo de parto o hacerlo más rápido. Dependiendo del objetivo, se pueden utilizar varios métodos, como la ruptura de membranas, el uso de prostaglandinas y la administración de oxitocina, también conocido como pitocin.

“Es una doble violación a los derechos” señala Silvana. “Es una violación a la madre y una violación al bebé por nacer en ese proceso. Con la inducción del parto, hay una falta de saturación de oxígeno por la contracción excesiva, que produce una oxitocina sintética. Y eso es lo que lleva al bebé a sufrimiento fetal. Y tras el sufrimiento fetal, la consecuencia lógica es la cesárea”.

Actualmente, la comunidad médica no se ha puesto de acuerdo en la relación del índice de inducción de parto con el índice de cesáreas. A pesar de ello, Silvana no es la única doula que denuncia la relación de las intervenciones en el proceso natural del parto con el aumento de cesáreas. María Isabel Yáñez, fundadora del [Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia](#), señala que la sobre medicalización y las intervenciones excesivas llevan a lo que se conoce como una [“cascada de intervenciones”](#), donde las consecuencias de una intervención crean la necesidad de intervenir nuevamente para solucionar lo anterior, convirtiendo el proceso de nacimiento en un evento patológico.

AUDIO MAISSA 1: Es decir, cada intervención que hace un médico probablemente necesite de otra y necesite de otra y cada vez el parto va a ser algo menos natural y van a estar más intervenciones. Entonces el uso de oxitocina probablemente genere la necesidad de colocarle a la mamá en un monitor para que estén escuchando continuamente la frecuencia del bebé, eso va a exigir a que se le haga tactos más seguidos y si el bebé empieza con una frecuencia cardíaca acelerada o desacelerada, entonces van a ver si es necesario hacer una cesárea y así. Entonces vienen las intervenciones en cascada y pues eso es un gran problema.

María Isabel Yáñez, fundadora del Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia

¿Se puede tener una cesárea respetada?

En su segundo hijo, Alejandra también tuvo una cesárea. En la semana 39 y media, Alejandra empezó con contracciones, pero en el monitoreo fetal descubrieron que los latidos del bebé estaban bajando. En ese momento, su nuevo médico le informó que necesitarían realizar una cesárea. Sin embargo, esta vez fue diferente: pudo llamar a su doula, su esposo la acompañó, el médico le explicó el proceso y estuvo presente durante todo el procedimiento. Además, pudo estar con su bebé tan pronto como lo sacaron del quirófano.

Para Alejandra, lo que marcó una diferencia significativa entre ambas cesáreas fue la red de apoyo y el acceso a la información. “En el segundo parto, ya tenía todo un poco más

organizado. Todo realmente fue mucho más tranquilo, relajado y fluido”, explica. **“Además, tenía la conciencia de que también podía exigir: el hecho de que sean médicos no significa que yo no tenga voz ni voto cuando estoy frente a ellos”.**

AUDIO ALEJANDRA 3: Y en la segunda cesárea me sentí súper contenida. Realmente no me podía sentir mejor. Incluso en la sala de recuperación fue distinto. Porque en la primera solo era en un espacio sola, en un cuarto todo blanco. Y solita, así. Y sola, o sea, sin saber de mi bebé. Sin poder como que tener una enfermera que me diga que todo está bien.
Nadie.

Y en el segundo ya también mi doula entró. Había más personas también alrededor. Pude tener también acceso a mi teléfono, que de alguna manera eso me hizo saber cómo estaba mi bebé. Porque también creo que a uno le genera mucha ansiedad esa separación, después de la cesárea: de, bueno, y ahora, o sea, mi bebé no está conmigo. ¿Qué está haciendo?

Alejandra, en entrevista el 7 de abril de 2024

De acuerdo con un [estudio sobre la humanización de la cesárea realizado por Carolina Cobeta para la Universidad Autónoma de Madrid](#), **la experiencia de tener una cesárea positiva o negativa depende del trato que la madre reciba, su acceso a la información y los cuidados antes, durante y después de la cirugía.** Se ha demostrado que la experiencia de la cesárea mejora cuando la mujer conoce de antemano lo que va a suceder, puede tener un acompañante en el quirófano y, en especial, tiene contacto piel con piel apenas el bebé ha salido de su vientre.

AUDIO SILVANA 1: Lo que más importa y lo que más digamos apoya el proceso es que tras el parto, si bebé está bien y mamá está bien, se hace el apego.

Entonces estamos tomando en cuenta que tenemos a una mamá que tiene un campo una sábana quirúrgica que adelante y abajo están haciendo el proceso de cierre mientras bebé puede estar tranquilamente acostado sobre el pecho de la madre.

Entonces, este proceso es súper importante y este proceso tiene que llevar el tiempo que lleve la cesárea. No cinco minutos, no quince minutos, por lo menos treinta minutos para asegurarnos en ese momento la lactancia materna. La lactancia materna, los treinta primeros minutos son primordiales. Apego piel con piel. Si no hacemos esto, posteriormente se nos dificulta el proceso de lactancia. Entonces, la cesárea humanizada trata un poco de esto, de brindar a esa madre esa tranquilidad, de sentir a su cría allí mientras le están haciendo lo demás de ella, ni siente lo demás. Entonces, está allí feliz, con su pareja aquí, entonces es un ambiente muy precioso. Y posterior a eso, ya cuando se ha terminado, entonces allí sí puede el bebé, tal vez, hacer apego con papá o ir con la madre directamente hacia el proceso de recuperación.

Silvana García, doula y fundadora del [centro de acompañamiento maternal holístico Madre Ancestra](#).

De lo que no se habla: la tristeza de la herida

“Entonces, todo duele: si te miran, si no te miran. Es una etapa un poco fuerte. Y yo nunca me he puesto a pensar de esto, ¿no?, pero ahorita que tú me haces esas preguntas, veo, digo, es verdad: nunca se habla de eso”.

- Silvia, en entrevista el 30 de marzo de 2024

AUDIO ALEJANDRA 4: Esta vez fue más fuerte porque de alguna manera venía este pensamiento de culpa, de no haber podido tener un parto normal, porque era lo que quería que pase, y yo me sentía como, ya es mi último hijo que voy a tener me sentía como que, wow, nunca logré como que tener un parto normal, no lo logré así. Y me sentía que tal vez no era suficiente mamá por no tener esto de parir, o sea, el hecho de tener un bebé que no sea por cesárea, me acuerdo que el momento del epidural fue súper fuerte, también fue como demandante emocionalmente, porque no era lo que yo quería. Fue fuerte, me sentí triste, más que nada.

Una cesárea, sea del tipo que sea, conlleva complicaciones asociadas a su recuperación para las que se debe preparar a la mujer. En varios casos, los cambios hormonales, la recuperación física de la cirugía abdominal y las nuevas responsabilidades de la maternidad pueden ser difíciles de sobrellevar. Por lo tanto, humanizar la cesárea implica ayudar a las mujeres a prepararse psicológicamente para esta experiencia, abordando el dolor que deja. Un dolor que, a menudo, surge de sentimientos de culpa y de los ideales inalcanzables que se imponen sobre la maternidad.

“Lo más horrible fue en realidad ese mareo que da después de la anestesia. Una sensación, horrible, porque recuerdo que me paré, me intenté parar y era como si me diera vueltas el mundo. Y además tienes que mantenerte despierta por tu bebé porque ya que llora, que ya el pañal, qué sé yo” me cuenta Sofía, quien tuvo a su pequeña por cesárea a los 31 años. ‘Y encima más despertarte, qué aprender a cambiarle, que la enfermera te dice, “no mamita, usted le está agarrando mal, así, así tiene que cogerle, así tiene que succionar, no está comiendo’...qué estrés, es un estrés bien fuerte. Uno se siente como... perdida”.

AUDIO SOFÍA: Es una sensación o sea a mí me dio la sensación de que ¡oh Dios mío! ¿En qué me metí? ¿Qué hago? A mí me daba como desesperación y sí me agarró un poquito como esa depresión postparto que suelen decir que da y sí es así porque te sientes un poco inútil te sientes con algo nuevo que no sabes cómo enfrentar y pese a que sí están ahí personas que te ayudan como por ejemplo mi esposo estuvo todo el tiempo ahí sí, mi mami también vino a ayudarme mi suegra estuvieron presentes que la dieta, que esto, que lo otro pero de todas maneras uno se sigue sintiendo así o sea es una sensación de los cuidados de la nena que hay que tenerle o sea es como un esfuerzo grandísimo que uno hace, como medio hasta sobrenatural de uno para sacar fuerzas de donde sea con tal de que la bebé esté bien es como que te anulas un poco tú como persona y eso duele porque eso es como dejarte ¿no? dejarte por un momento a un lado y dedicarte a otro ser que está ahí ¿no? indefenso y sí, sí es un proceso duro.

Sofía, en entrevista el 26 de marzo de 2024

Desde el principio, Sofía determinó que no iba a tener un parto normal. Además del miedo al dolor, durante su embarazo atravesó un cuadro de trombocitopenia, lo que significaba que sus plaquetas estaban bajas, aumentando el riesgo de una hemorragia durante un parto normal. Asimismo, los médicos ya le habían advertido que su bebé, Amanda, estaba un poco enredada con el cordón umbilical.

Sin embargo, los planes cambiaron cuando las labores de parto comenzaron mucho antes de lo esperado. Sofía inició con contracciones durante la tarde y, cuando acudió al centro médico por la noche, le confirmaron que no podría dar a luz de manera natural y la llevaron al quirófano. El nacimiento de Amanda ocurrió a través de una cesárea de emergencia

La cesárea permitió que tanto ella como su hija estuvieran bien. Aún así, Sofía manifiesta que el proceso no es sencillo. “Yo realmente subí al piso asustada, sin saber qué iba a pasar con todo, con eso que te dicen sobre la inyección epidural, que dicen que es una barbaridad, que te duele. Entonces una entra asustada, ¿no? Y eso que yo estaba en realidad acompañada de mi papá, pero de todas maneras sí estaba asustada”.

Sofía cuenta que se durmió durante toda la cirugía debido al cansancio acumulado después de trabajar. Se despertó con el llanto de su niña y en ese momento se la acercaron para que pudiera darle un beso antes de llevarla a limpiarle y hacerle pruebas. Sin embargo, pasó una hora hasta que pudo abrazar a su pequeña. “Parecía que no era real”, sonríe un poco al recordar. “Yo me preguntaba ¿esto es mío?. Porque no le reconoces hasta que succiona para lactar. Y ese es el primer nex, donde dices: esta es mi guagua, es lo que me sacaron”.

Sofía no hizo contacto piel con piel con su bebé. Actualmente, tanto en entidades públicas como privadas, el contacto [piel con piel](#) no es una práctica generalizada, a pesar de que se ha ratificado su importancia para facilitar la adaptación del bebé a su entorno, fortalecer el vínculo madre-hijo y ayudar a mejorar la experiencia de la lactancia, una etapa en la que muchas mujeres que han atravesado por una cesárea enfrentan dificultades adicionales.

“Los primeros meses fueron dolorosos, porque para darle el seno no podía cargarle mucho a mi hija. Y, claro, después yo también tenía alergias a los medicamentos que me daban para el dolor y, se me hizo la piel de puros puntitos. Y por eso tuve que dejarlos y después no tenía leche para darle a mi hija”, explica Silvia, una mujer que, hasta el día de hoy se siente impactada por lo violento de su parto. “Eso fue traumático porque yo quería darle el seno, y, me pasaba horas tratando de sacar leche para ella, pero creo que solo le pude dar el seno un mes a lo mucho”.

AUDIO SILVIA: Es un cambio de hormonas, de sentimientos. Uno a veces piensa, “estoy haciendo mal, si no me sale la leche, estoy haciendo mal, si ya está llorando, estoy haciendo mal, porque ya le dan los cólicos, estoy haciendo mal, ¿qué estoy haciendo mal?” Y hasta uno llora con el niño porque no puede calmarle y cosas así. Es un poco traumático. Y todo mundo te dice, no, ya que tres meses ya vas a estar bien. Pero uno no ve mejor y esos tres meses se hacen largos.

Silvia, en entrevista el 30 de marzo de 2024

CONTENIDO 8

VIDEO Y AUDIO:

“Me venía este pensamiento de culpa, de no haber podido tener un parto normal. Sentía que tal vez no era suficiente mamá por no tener esto de parir, por el hecho de no haber podido tener un bebé que no fuera por cesárea.

Pero también ha sido un proceso de resignificar, de decir: quizás no lograste lo que pensaste, pero eso no te hace menos madre, y pudiste hacer otras cosas. Creo que resignificar es algo muy importante y que siempre es posible hacer.

- Alejandra, en entrevista el 7 de abril de 2024.

DOULAS: DE LA REAPROPIACIÓN Y LA RESISTENCIA

“En ese momento pensó que tal vez ese era el sentido de los alumbramientos: el acercamiento a la luz. También comprendió que al estar ayudando a su nuera a dar a luz, se había convertido en un eslabón más de la cadena femenina formada por generaciones de mujeres que se daban luz unas a otras”.

- *La Malinche, de Laura Esquivel*

En las culturas andinas, la partería se veía como una tarea sagrada. Las parteras eran vistas con gran respeto, puesto que eran ellas quienes facilitaban que un nuevo hijo o hija de la Pachamama llegara sin contratiempos al mundo. La mujer embarazada, a su vez, en ningún momento era considerada una mujer enferma: era, al contrario, una mujer poderosa.

[Silvia Federicci](#), en su libro [El Calibán y la Bruja](#), narra cómo, con la profesionalización de la medicina, se produjo un cambio en los roles y las mujeres fueron excluidas de las salas de parto. Los conocimientos médicos femeninos fueron deprestigados y las mujeres quedaron relegadas a sujetos pasivos, sin control sobre su parto y sus otros procesos reproductivos. Aquellas que se mantenían presentes en las salas de parto y continuaban ejerciendo sus profesiones, enfrentaban el riesgo de ser acusadas de brujería y, como consecuencia, ser condenadas a la hoguera. Mientras tanto, los médicos, que eran principalmente hombres, pasaron a ocupar el papel de “dadores de vida”, donde su intervención y conocimientos eran considerados los únicos legítimos para decidir cómo deberían ser los partos.

Los conocimientos y las prácticas femeninas que sobrevivieron pasaron a formar parte de la resistencia. Una de las manifestaciones de esta resistencia se ha reflejado especialmente en el papel de las doulas y las parteras, cuya labor ha permitido que las mujeres permanezcan presentes en las salas de parto. A diferencia de las parteras, que ejercen la medicina, las doulas desempeñan un papel distinto pero igualmente significativo: brindan información y apoyo emocional continuo a la mujer embarazada durante el preparto, el trabajo de parto y el posparto. Su objetivo es lograr que la mujer sea la protagonista durante su parto.

“Mi primera carrera es de comunicadora social. No pensé nunca estar acá”, me explica [María Isabel Yáñez](#), fundadora del [Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia](#). “Pero cuando nació mi primera hija, a mis 21 años, tuve violencia obstétrica y es ahí cuando decido acompañar a otras mujeres para que precisamente no vivan, lo que hace recién cuatro años en el Ecuador se estipula como violencia obstétrica”.

En su primer parto, la clínica donde dio a luz María Isabel no respetó la libre posición durante el parto. Hubo kristeller, se le practicó una episiotomía, y se la sobre-medicalizó al administrar oxitocina a pesar de tener una buena dilatación. Su primera experiencia de parto se convirtió en una pesadilla, y María Isabel quedó con una amarga sensación.

Al año y medio de que nació su hija, ya mucho más informada, María Isabel acompañó a una madre adolescente de 15 años. Paulatinamente, empezó a acompañar amigas, primas y cada vez acudían a ella más mujeres a que le pedían ayuda para llevar su parto de manera relajada. Dos años después de su primer parto, María Isabel se certificó como doula y, posteriormente, como consultora de lactancia. En el camino, sin embargo, decidió trabajar para que se reconozca el parto humanizado y la figura de la doula en el país.

“Las mujeres paríamos acompañadas de nuestras madres y abuelas y eso dejó de suceder, cuando se subordina la maternidad al modelo autoritario”.

- *María Isabel Yáñez, durante su intervención en la Asamblea Nacional el 20 de septiembre de 2016.*

[En septiembre de 2016](#), María Isabel Yáñez asistió a la Asamblea General como coordinadora de la Red de Doulas Ecuador, para participar en el primer debate del proyecto de [Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto](#). El proyecto de ley contaba con 17 artículos en los que se recogía los derechos de la mujer embarazada y las obligaciones de los centros de salud durante y después del parto. “Lastimosamente este reglamento hasta ahora, por una falta de decisión política no se ha aprobado”, explica María Isabel, quien continúa trabajando porque las doulas se integren al sistema de salud público.

AUDIO MAISSA 2: Yo soy la primera doula que de alguna manera pisa la maternidad Luzelena Arizmendi como parte de un voluntariado. Entonces ahí vinieron las diferencias.

Porque claro, el sistema público implica que si necesitan doulas dentro del sistema, deberían generar partidas presupuestarias para pagar sueldos. Y creo que ese es uno de los grandes problemas del sistema público. No existe dinero. No existe dinero para pagar ni a los médicos. Peor aún, para crear una figura más que, para el personal médico, es innecesaria. Lastimosamente nuestro rol ha sido también de alguna manera mal entendido, por ciertas formaciones o ciertas personas que se forman en muy corto tiempo o que no tienen la conciencia de cómo acompañar un parto de una manera ética.

- Precisamente la doula nace como un rol de acompañamiento no médico. Es decir, acompaña la parte emocional de la madre. Acompaña esa parte física con técnicas no farmacológicas. Acompaña desde otra dimensión totalmente diferente. Desde el tema de los tiempos de la mamá. La respiración. Los tiempos del bebé. Y todo lo que un médico no puede ver, o una obstetrix, o quien sea personal de salud no puede ver porque está a cargo

precisamente de la parte médica. La frecuencia cardíaca del bebé. Presión de la madre. Dilatación. Borramiento de la madre. Y de ver que todo el proceso fluya. De una manera sana.

María Isabel Yáñez, fundadora del Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia

“Uno de mis deseos siempre fue que la figura de la doula entrara al sistema público”, manifiesta María Isabel. “Y creo que esa fue una de las grandes diferencias y uno de los motivos de las divisiones de doulas aquí, sobre todo en la capital, porque dentro de este tema privado, muchas de mis compañeras estaban a favor de que la doula debe cobrar sus servicios. Yo no decía que no estoy a favor de cobrar los servicios. Pero sí de institucionalizar nuestro rol a nivel público. Porque donde más hay violencia obstétrica es en el sistema público”. María Isabel insiste en que es necesario cuidar el papel de las doulas mediante una adecuada formación y el mantenimiento de un código de ética, evitando así que este acompañamiento se mercantilice.

AUDIO MAISSA 3: Sigo pensando que el rol de la doula debe estar separado del rol del personal médico. Porque además cuando te cooptan dentro de un sistema, a veces tienes que obedecer al sistema que te está cooptando, que te está institucionalizando, o te está dando el chance de estar ahí, te está pagando. Entonces, ese también es un gran conflicto, ¿no? Porque dices, mejor que no nos paguen desde el Estado, porque podemos ser totalmente independientes y libres de decir, mire, este médico está haciendo violencia obstétrica, o le cortó innecesariamente a esta mujer con una episiotomía, o este médico está sobre-medicalizando el parto, o está haciendo una cesárea innecesaria.

Por eso creo que fue tan acertado el hecho de que en Brasil les aceptaron a las doulas a nivel institucional, y sobre todo, quien paga es cada mamá. Entonces, la doula entra al sistema. El sistema público, le paga la mamá o la pareja, y la doula está con papá y mamá dentro del sistema. Entonces, la doula es como una veedora totalmente imparcial, pero que obviamente está más a favor de la madre, de sus requerimientos, y obviamente a favor del parto humanizado, y esta visión más espiritual, más sagrada del parto. Sin irnos también al otro lado. Para mí es importante el equilibrio: la ciencia, lo natural y todos estos componentes de nuestro ser son muy importantes. Tanto la parte física, la parte mental, la parte emocional y espiritual. Pero asimismo, la ciencia y lo natural también son importantes, pero desde un equilibrio. Entonces, abarcar todos esos componentes del ser humano desde ese equilibrio es el reto. Y eso creo que le falta a cada uno de los profesionales que atiende parto, porque debes saber que el nacimiento no es solo traer un ser humano al mundo, sino realmente está marcando una realidad en el cerebro de ese nuevo bebé. Y a través de esa marca que está dejando, está marcando un futuro para la humanidad.

María Isabel Yáñez, fundadora del Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia

Cuando dio a luz a su tercer hijo, María Isabel tuvo una experiencia totalmente diferente, donde pudo sanar sus heridas y estar conectada con sus necesidades y deseos. “Fue un parto totalmente hermoso. Y eso fue como la confirmación, digo yo, de que los bebés pueden venir de un modo placentero, con amor y con respeto. Y nosotras podemos disfrutar del parto. Es algo que casi nadie nos dice, ¿no? Y realmente casi la mayoría de mujeres tenemos

mucho miedo al parto. Y creo que ser doula es eso, conectarle a la mujer con su cuerpo, con sus emociones, con sus miedos”.

[De acuerdo con una investigación realizada por la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile](#), el impacto del trabajo de la doula es significativo y multifacético. Se ha demostrado que la presencia de una doula reduce la duración del trabajo de parto, disminuye la necesidad de anestesia, y reduce los índices de cesáreas. Además, se observa una disminución notable en los niveles de ansiedad, dolor y depresión posparto entre las mujeres que cuentan con el acompañamiento de una doula.

“Las doulas somos un riesgo. Un riesgo para bajar las cifras de cesáreas innecesarias”, sonríe María Isabel.

AUDIO MAISSA 4: La doula está conectada con la sabiduría de la vida y la sabiduría de la muerte al mismo tiempo, porque nosotras mismas en nuestra preparación hemos aprendido a entrar a lo más profundo de nosotras, a conocer nuestra vida. A conocer nuestro cuerpo, a conocer nuestras emociones, nuestros miedos más profundos, a sanar nuestras pérdidas, a sanar nuestras violencias, a sanar todo para poder realmente acompañar a las mujeres. Eso es una doula.

María Isabel Yáñez, fundadora del Centro de Desarrollo y Acompañamiento Humano Savia

Un cambio semántico: el parto normal es el parto humanizado.

“Es grandioso. Es grandioso saber que te lo sacan, todavía estás unida por el cordón umbilical, y lo primero que hace el doctor es sacarlo y ponerlo inmediatamente sobre el pecho, y ahí ustedes se quedaron tranquilos, acostados, reclinados. Yo sintiéndoles, es una sensación, no sabría cómo explicar, enorme, enorme de satisfacción, de emoción, de amor, de un amor que se puede ver, porque ya les quería desde antes”.

- *Pilar Demera, en entrevista el 27 de marzo del 2024.*

A mi mamá le encantaban los embarazos. Su piel suave, su cabello rizado, sus ojos vibrantes: todo se embellecía cuando en su vientre llevaba una nueva vida. Sus embarazos, tan deseados como planificados, eran para ella una causa constante de alegría a lo largo de los nueve meses que nos llevó consigo.

El 6 de junio, mi mamá rompió fuentes. Consciente de lo que tenía que hacer, le avisó a mi papá y se dirigieron a la clínica. Todo iba bien, hasta que las contracciones pararon. Pararon y no volvían. Su médico no llegaba y en la clínica, como respuesta, le pusieron [pitocin](#), un medicamento que se administra a través de sus venas para iniciar las contracciones o hacerlas más fuertes. Desesperada, y sin poder ya controlar el dolor de las contracciones, mi mamá se retorció del dolor, y nadie la escuchaba.

"Me llevaron al quirófano, pero nosotros seguimos esperando a mi doctor, que no llegaba. Y otro médico, que no me conocía, me dijo: 'Ya quédese quieta. Sino, le vamos a tener que amarrar'. Y eso fue lo que hicieron. Me pusieron en una camilla acostada, sujeta de las manos,

las muñecas y los pies, los tobillos. **Y yo recuerdo, tengo esta imagen de verme amarrada, retorciéndome del dolor por el pitocin. Y el doctor decía: 'Si sigue así, si usted no se puede controlar, vamos a tener que hacerle la cesárea, porque no llega su doctor'. Pero yo no quería."**

Mi mamá estaba cerca de ingresar al quirófano cuando su doctor llegó. Visiblemente molesto, le pidió al otro médico que se retirara, la desató e inició todo para que mi mamá pudiera dar a luz normal: no había ningún impedimento para poder hacerlo.

AUDIO MAMÁ: Entonces él me calmó. Me calmó junto con la esposa. Me calmaron. Me tranquilizaron. Pusieron la camilla ahora sí en posición de sentado prácticamente. Y, o sea, una diferencia, porque pese a que yo seguía con las contracciones, yo le tenía mucha confianza a mi doctor. Porque ya había pasado por eso con Luchín, con mi hijo, mi primer hijo. Y entonces yo ya me fui tranquilizando. Me fui tranquilizando. Él hizo todos los preparativos para recibirle a Angelita. Y empezó la labor de parto. Sí, empezó la labor de parto. Estaba con sufrimiento fetal mi hija. Sin embargo, estaba en las condiciones como para recibirle.

Él ni por un momento pensó en que yo no iba a poder hacer un parto normal. Y esa confianza que me dio hizo que también yo hiciera lo que tenía que hacer. Sí, o sea, pujar, respirar. Hacer todo lo que tenía que hacer. Y salió. Y mi hija salió y me la pusieron en el pecho. Sí, me la puso en el pecho y mi hija estaba bien. Estaba limpiecita. Estaba con sus ojos abiertos. Porque además eso también hizo el doctor. Antes de empezar la labor de parto. De hacer esto. Él bajó las luces. Atenuó las luces. Porque él decía que los niños cuando salen los bebés, cierran sus ojitos, porque la luz es muy intensa. Es muy agresivo. Entonces ponen la luz tenue. Cierran las cortinas. Entonces mis dos hijos han nacido. Y los he visto con sus ojitos abiertos cuando me lo pusieron en el pecho.

Pilar Demera, en entrevista el 27 de marzo del 2024.

Cuando mi mamá dio a luz, el concepto de "parto humanizado" ya existía desde hacía dos años. En el 2000, varios activistas, investigadores y profesionales de la salud latinoamericanos se reunieron en Brasil durante la Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento para dar respuesta a las altas tasas de intervenciones y abusos hacia las mujeres durante el parto. En este primer encuentro, se recalcó que la humanización del parto debía hacer hincapié en la necesidad de devolver a las mujeres su rol protagónico, evitando procedimientos innecesarios, respetando los deseos de la madre y vinculando las decisiones del personal médico con la autonomía de la mujer.

Cuando le pregunté a mi mamá cómo se sintió después de haber pasado de una experiencia de violencia obstétrica a experimentar un parto humanizado, me respondió que, para ella, la transición fue directa: de vivir violencia obstétrica a experimentar un parto totalmente normal. No hubo puntos intermedios.

"Decirle parto humanizado no es tan correcto", explica [Patricia Muñoz, doula certificada en maternidad](#). "Es mejor decir que es un parto respetado, porque se respetan los derechos de la madre y del bebé. Los derechos que tiene a escoger y tomar ciertas decisiones, porque al

final tú no le estás pidiendo al médico cosas incoherentes”. Patricia lleva 21 años trabajando como doula, y, a lo largo de su experiencia, ha determinado que aquellos partos que atienden a la dignidad de la mujer son partos donde, sencillamente, se respetan los derechos de las mujeres.

Patricia Muñoz no es la única que discute el término. Ismael Escandón, ginecólogo obstetra del Hospital Los Valles, también señala lo conflictivo de este concepto, argumentando que el parto normal es simplemente aquel donde se preserva la salud y la dignidad de la madre y el hijo. Desde su perspectiva, cualquier situación que se desvíe de esa premisa puede considerarse como violenta.

AUDIO ISMAEL 3: Yo no le llamo parto humanizado. Parto humanizado es algo que le ha puesto la población. Lo que yo llamo es parto normal, como es su nombre ¿Sí? Y otro es parto vaginal. Parto vaginal quiere decir que el bebé salió por tu vagina: si salió bien o mal, ese no es mi problema. Parto normal es en el que sale por tu vagina, pero tú no sufres ni de incontinencias fecales ni urinarias ni hemorragias, ni un bebé con derrames cerebrales o con fracturas de clavículas. Si me nace un bebé con derrames cerebrales, fracturas de clavículas y tú te quedaste dos semanas hospitalizada por incontinencia fecal ¿Sí? Eso no fue un parto normal: eso fue un parto traumático.

Ismael Escandón, ginecólogo obstetra del Hospital Los Valles.

Actualmente, el concepto de parto humanizado también se ha convertido en un negocio. [Según una tesis de investigación realizada en la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia](#), la iniciativa del parto humanizado ha sido apropiada por diversas prácticas mercantiles que abarcan distintos ámbitos, desde partos domiciliarios hasta partos en clínicas privadas especializadas, que prometen confort para la mujer. En Ecuador, bajo la figura de parto humanizado, las clínicas pueden cobrar cerca de 1.600 a 2.000 dólares, a pesar de que [el tarifario de 2020 del Ministerio de Salud](#) señala que un parto normal cuesta 791 dólares.

No obstante, a pesar de los costos no hay garantía de que se respete el parto y los derechos de la mujer. “Vengo acompañando a muchas mujeres, muchos nacimientos. Y todavía sigo viendo ahora un gran problema, la mercantilización del parto, en donde te ofrecen en todo lado parto humanizado, pero en el momento, terminas en cesárea injustificadas o con partos terribles”, explica la doula María Isabel Yáñez. “Los médicos han aprendido lastimosamente a moverse muy bien desde el lado mercantil”, se lamenta.

Tanto María Isabel como las doulas Silvana García y Patricia Muñoz coinciden que la apropiación del parto no es un privilegio y es el Estado quien debería asegurar que se cumpla este derecho. Para Patricia, además, es el Estado quien debe brindar la información necesaria a la mujer para que ella esté consciente de sus derechos. “La información es poder”, enfatiza Patricia “cuando una mamá toma decisiones informadas, basadas en conocimientos actualizados y comprensión de las razones detrás de los procedimientos, estamos recuperando el control sobre el parto”.

AUDIO SILVANA 2: Bueno, el parto es un proceso fisiológico. Es un proceso natural. Es un proceso fisiológico que en realidad debiera ser acompañado, más no como estamos como muy acostumbrados a entender o a, lo hemos asimilado, lo hemos naturalizado como algo que debe ser atendido. El parto debe ser acompañado. Por tanto, es un proceso fisiológico, natural, que lo único que requiere es un poquito de observación y si en el caso de que suceda algún tipo de situación que esté fuera de la naturaleza del proceso fisiológico, entonces allí sí intervenir y atender lo que se esté ocurriendo. Pero por lo general, el acompañar a la madre es lo que requiere la madre en ese momento, en realidad.

- Silvana García, doula y fundadora del centro de acompañamiento maternal holístico
Madre Ancestra.

NO ESTAMOS SOLAS: ALUMBRAMOS ACOMPAÑADAS

“Eso me parece lo más bonito. Que se convierta, digamos, en una posibilidad de generar una comunidad de cuidado colectivo. Eso creo que es lo que más me llena profundamente. Y también, pues, evitar que las mujeres vivan esos procesos duros, ¿no? porque hay mujeres que sufren mucho en esos procesos de medicalización muy fuerte de sus gestaciones. Ser la posibilidad de llevarles hacia una experiencia positiva en sus partos, creo que es lo que más me llena el corazón.”

- Silvana García, doula y fundadora del centro de acompañamiento maternal holístico
Madre Ancestra.

En noviembre de 2020, debido al aumento de la violencia doméstica durante la pandemia de COVID-19, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y ONU Mujeres de México publicaron el ["Manual para la creación de redes comunitarias de mujeres"](#), en el cual visibilizan la importancia de las redes de apoyo como una herramienta para hacer frente a la escalada de violencia. Este documento retoma el pensamiento de Marta Lamas, antropóloga feminista mexicana, quien sostiene que las relaciones entre mujeres no solo deben basarse en el amor, sino también en la necesidad. Lamas destaca que es fundamental reconocer la importancia de las alianzas políticas entre mujeres para enfrentar la violencia, la inequidad y otros problemas que nos atraviesan.

La violencia obstétrica y las cicatrices de las cesáreas ameritan, cada vez más, redes de apoyo y contención. En Ecuador, varias mujeres trabajan en función de ello y crean comunidades para ofrecer apoyo durante la maternidad. El [Círculo de Crianza Vertiente de Amor y Vida](#), [Madre Ancestra](#) y el colectivo [El Parto es Nuestro](#) son ejemplos de estas comunidades que, iniciadas y sostenidas por doulas, buscan generar espacios de acompañamiento para las madres.

En este contexto, surge una pregunta recurrente: “¿Qué consejo les darías a otras mujeres para que puedan apropiarse de su parto?” Esta pregunta fue planteada a **Alexandra, Alejandra, Melanie, Pilar, Silvia, Sofía, María Gabriela, Lorena y Verónica**, las nueve mujeres cuyas historias conocí para escribir este reportaje. Ellas, sin conocerse pero teniendo

en común más de lo que imaginan, construyeron un espacio pequeño de resistencia conjunta, porque todas coinciden en algo: no alumbramos solas.

Alexandra:

María Alexandra Olivo Villegas, relacionista pública de profesión, escritora por vocación, todóloga de medio tiempo y esposa y mamá de tiempo completo. Cree firmemente en el poder arrollador del amor en todas sus formas. Alexandra dio a luz a sus hijos por parto natural. Aunque se preparó para ambos nacimientos, en su primer parto le administraron oxitocina sin su consentimiento.

Melanie:

Melanie Jackeline Herrera Bonilla es licenciada en Relaciones Internacionales y actualmente trabaja como profesora de idiomas. Es madre de tres pequeños.

Pilar:

Guayaquileña, de ascendencia manabita. Física de profesión, artesana de nacimiento. Dedicó 18 años de su vida a la docencia. A la par, fue armando su taller con materiales y equipo, y una vez que dio por terminada su etapa profesional se dedicó a tiempo completo a la que es su mayor pasión: las artes manuales. Su familia está compuesta por Luis, su esposo, y Luis D. y Ángela, sus hijos.

Silvia:

Silvia del Pilar Andino Cadena es administradora de empresas, graduada en Ecuador. Hace 30 años se mudó a Alemania, donde estudió para convertirse en maestra de Kindergarten. Actualmente, vive en Alemania y es madre de una hija.

Sofía:

Sofy Velasco Costales, nacida en Riobamba en 1983, se formó como Bioquímica Farmacéutica y trabaja como analista de laboratorio clínico en dicha ciudad. Su vida profesional, orientada a la clínica y farmacia la conjuga con su rol de madre y su dedicación al arte, particularmente, las danzas de medio oriente, la pintura y el canto. Trajo a la vida a su hija, Amanda, en el año 2014.

María Gabriela:

María Gabriela Guarderas Barahona, de 50 años, lleva 26 años de feliz matrimonio y se dedica al hogar como ama de casa. Es madre orgullosa de cinco hijos, cuatro de los cuales comparten su vida en la tierra, mientras que uno de ellos brilla desde el cielo. Le apasiona cocinar y es de fe católica.

Lorena Rodríguez:

Lorena Rodríguez, de 45 años, es una dedicada docente con más de dos décadas de experiencia en el campo educativo. Madre de tres hijos, todos nacidos por cesárea, ha dedicado la mayor parte de su carrera a la enseñanza. Durante 18 años, desempeñó su labor en una institución educativa católica, antes de unirse hace tres años a una unidad educativa fiscal.

Verónica:

María Verónica Cely Cajas es mamá de dos niñas y trabaja como doula. [Actualmente, se dedica al 100% al acompañamiento de familias](#) desde la gestación, parto, posparto, lactancia y el desarrollo en las diferentes etapas matricas.

RENACER Y RESIGNIFICAR

“Al principio, si bien es cierto, se respetaban los ritmos naturales, pero también debemos decir que había mortalidad materna e infantil por los partos en casa. Pero al momento en que se sobremedicalizan los partos y empezamos a hacer una cantidad de intervenciones excesivas, nos vamos al otro extremo” señala María Isabel Yáñez, doula por más de 20 años. Para Yáñez, la solución no está en los extremos, sino en encontrar el equilibrio justo, donde la madre vuelva a ser protagonista de su parto.

Tener acceso a la cesárea es un derecho garantizado por la [Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia](#), que estipula que toda mujer tiene derecho a recibir atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como el financiamiento para cesáreas en caso de ser necesario. A su vez, también es un derecho fundamental para todas las mujeres y cuerpos gestantes tener la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, así como de tomar decisiones informadas y consensuadas sobre el parto.

“Yo creo que en ese punto los profesionales de la salud deben ser bastante empáticos con sus pacientes. Por más que sean jóvenes, viejos, de cualquier condición que sea, hay que tratarlos con respeto y con información clara”, señala Melanie, quien, tras dar a luz a dos hijos mediante cesárea, conoce la sensación de apropiarse de su parto. “Yo creo que ese es un punto súper importante. El personal médico tiene que reconocer la posición que tienes en ese momento: la posición de madre”.

El proceso de cicatrización de la cesárea es lento, y requiere de cuidados y atención. La herida permanecerá sensible hasta por tres semanas y tomará aproximadamente de ocho a nueve meses para que la cicatriz se convierta en una fina línea. Además, según [Ibone Olza, médica psiquiatra y cofundadora del foro “Apoyocesáreas”](#), las heridas emocionales pueden tardar más en sanar. Para Olza, el primer paso para abordar estas heridas es reconocer su existencia. Frases como “lo importante es que el bebé esté bien” invalidan los sentimientos de la mujer y solo consiguen hacerla sentir más sola. En cambio, cuando se acepta esa herida y la madre recibe apoyo del entorno familiar y social, es posible sanar.

“Siempre es posible resignificar”, señala Alejandra. Melanie, Silvia, Sofía, María Gabriela, Lorena y Verónica también saben que esas heridas, que un día dolieron tanto, pueden cobrar un nuevo significado.

Quizás ahí radique la importancia de recordar y contar la historia de esas marcas de guerra: porque se convierten en recordatorios tangibles de resistencia, lucha y resignificación.

Entrevistas semiestructuradas

ENTREVISTAS MUJERES CESÁREAS

Nombre, edad y consentimiento para el registro.

- 1. ¿Cómo fue tu embarazo y el proceso de parto?**
¿Cuántos años tenías? ¿Por qué diste a luz por cesárea? ¿Hubo algún factor médico o situación específica que llevó a la decisión de una cesárea? ¿Cuándo supiste que necesitarías una cesárea? ¿Pudiste participar en la planificación de la cesárea, como la fecha y la hora, o fue una emergencia?
- 2. ¿Cómo te sentiste cuando te enteraste de que necesitarías una cesárea?**
- 3. La explicación que te dieron los doctores ¿Te fue suficiente? ¿Te sentiste tranquila con ella?**
- 4. ¿Cómo describirías tu experiencia durante la cesárea? ¿Hubo algún momento que destacaras en particular? ¿Qué tipo de anestesia recibiste para empezar con la cesárea? ¿Hubo alguna complicación durante la cesárea?**
- 5. ¿Cómo fue el primer contacto con tu hij@ después de la cesárea?**
- 6. ¿Cómo fue tu recuperación física después de la cirugía?**
¿Qué tipo de cuidados postoperatorios recibiste después de la cesárea? ¿Hubo algún aspecto de la experiencia de la cesárea que no esperabas?
- 7. ¿Cómo te sentiste emocionalmente después de la cesárea?**
- 8. ¿Recibiste apoyo emocional e información antes y después de la cesárea?**
- 9. ¿Hubo algún momento durante la cesárea en el que te sentiste especialmente vulnerable o empoderada en relación con el dolor?**
- 10. ¿Cómo afectó la experiencia de la cesárea tu percepción del parto y la maternidad en general?**
- 11. ¿Cómo involucraste a tu pareja o seres queridos en el proceso de la recuperación y los primeros cuidados?**
- 12. ¿Cuáles eran tus expectativas antes de saber que ibas a tener una cesárea? ¿Cómo cambiaron durante el proceso?**
- 13. ¿Qué sientes cuando miras la herida?**
- 14. ¿Qué cambiarías o qué sugerirías para mejorar la experiencia de la cesárea para otras mujeres en el futuro?**
- 15. ¿Qué consejo le darías a otras mujeres que estén considerando una cesárea o que hayan pasado por una?**

ENTREVISTAS DOULAS

Nombre, edad y consentimiento para el registro.

- 1. ¿Cómo definen, qué significado le dan al parto desde el papel de doula?**
- 2. ¿Qué técnicas utilizan para ayudar a las mujeres a sentirse empoderadas durante el parto? ¿Cómo es su acompañamiento?**

3. Desde tu experiencia ¿Qué consideras que necesita la madre gestante? ¿Cuáles son sus principales necesidades antes, durante y después del parto?
4. ¿Cómo adaptan su enfoque y apoyo a las necesidades culturales y emocionales de las mujeres que atienden?
5. ¿Por qué se evidencia que, con presencia de doulas, disminuyen las horas de labor de parto, el uso de analgésicos, y la tasa de cesáreas?
6. ¿Por qué nace esta distinción, entre doula y partera?
7. ¿Cómo se mira el papel de la doula también desde la reapropiación del parto hacia lo femenino?
8. ¿Por qué la doula se vuelve esencial para evitar acciones de violencia obstétrica?
9. ¿Cómo es el trabajo en conjunto con el médico? ¿Hay un buen recibimiento por parte del sistema de salud público / privado?
10. En Ecuador hay un alto índice de cesáreas, que supera por mucho lo recomendado ¿cómo se explica esto desde la experiencia laboral como doula?
11. ¿Cómo se da la experiencia del parto por cesárea? ¿Cómo afecta esto al empoderamiento de la mujer en el parto?
12. ¿Cómo se puede definir el parto humanizado? ¿Cuáles son los ejes imprescindibles para el parto?
13. ¿Cuáles consideras que deberían ser los siguientes pasos para asegurar el parto humanizado en Ecuador? ¿A nivel de políticas públicas?
14. ¿Cómo se puede resignificar al parto?
15. ¿Qué crees que es lo más gratificante de ser una doula?

ENTREVISTA MÉDICO

Nombre, edad y consentimiento para el registro.

1. ¿Cómo definirían la violencia obstétrica y cuáles son los principales ejemplos que han observado en su práctica clínica?
2. ¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las mujeres ecuatorianas para recibir atención obstétrica respetuosa?
3. En Ecuador hay un alto índice de cesáreas, que supera por mucho lo recomendado ¿cómo se explica esto desde la experiencia laboral como médico?
4. ¿Qué medidas creen que podrían implementarse para reducir el índice de cesáreas en Ecuador y promover un parto más fisiológico?
5. ¿Cómo influyen los incentivos económicos y las políticas hospitalarias en las tasas de cesáreas en el país?

6. **¿Cuál es su opinión sobre la formación y capacitación de los profesionales de la salud en Ecuador en relación con la atención obstétrica respetuosa? ¿Hay educación sobre parto humanizado?**
7. **¿Cómo abordan ustedes como médicos el tema de la toma de decisiones compartida con las mujeres durante el proceso de parto?**
8. **¿Qué medidas toman para asegurar que las mujeres estén informadas sobre sus opciones de atención obstétrica y tengan voz en su propio cuidado?**
9. **¿Cómo se puede definir el parto humanizado? ¿Cuáles son los ejes imprescindibles para que se lo pueda considerar como tal?**
10. **¿Cuáles consideras que deberían ser los siguientes pasos para asegurar el parto humanizado en Ecuador? ¿A nivel de políticas públicas?**
11. **Desde su experiencia, ¿cómo pueden los médicos trabajar junto con otros profesionales de la salud, como doulas y parteras, para mejorar la atención obstétrica en Ecuador?**
12. **¿Cuál ha sido su motivación para brindar partos humanizados? ¿Cómo define, qué significado le dan al parto desde el papel de médico?**

Nombre de archivo: Trabajo de Titulación - Ángela Lascano.docx
Directorio: /Users/angelairene/Library/Containers/com.microsoft.Word/Data/Documents
Plantilla: /Users/angelairene/Library/Group Containers/UBF8T346G9.Office/User Content.localized/Templates.localized/Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: LASCANO DEMERA ANGELA IRENE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 27/06/24 7:19:00
Cambio número: 2
Guardado el: 27/06/24 7:19:00
Guardado por: LASCANO DEMERA ANGELA IRENE
Tiempo de edición: 1 minuto
Impreso el: 27/06/24 7:19:00
Última impresión completa
Número de páginas: 68
Número de palabras: 21.485 (aprox.)
Número de caracteres: 118.169 (aprox.)