

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Arquitectura
Centro de Investigaciones de Diseño Industrial

VULVA

Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista

Opción de titulación
Tesis y Examen Profesional

Tesis profesional que para obtener el título de
Diseñadora Industrial
presenta:

Cinthia Karen Abundes Pérez
Nina Geraldine Porras Noguez

Con la dirección de:
MDI. Miguel De Paz Ramírez

Y la asesoría de:
Dr. Juan Carlos Ortíz Nicolás
M.D.I. Vanessa Sattelle Gunther
Mtra. Reneé Harari Masri
Mtra. Ana Paula García y Colomé Góngora

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**REDISEÑAR LA EXPERIENCIA GINECOLÓGICA
CON PERSPECTIVA FEMINISTA**

CINTHIA KAREN ABUNDES PÉREZ | NINA GERALDINE PORRAS NÓGUEZ

**UNAM FA CIDI
2021**

VULVA

Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista

Con la asesoría externa de:

Dra. Elisa Ventura Aquino

Dra. Teresa Almeida

Dra. Madeline Balaam

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022

VULVA

Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista

Cinthia Karen Abundes Pérez

Nina Geraldine Porras Noguez

“Declaramos que este proyecto de tesis es totalmente de nuestra autoría y que no ha sido presentado previamente en ninguna otra institución educativa y autorizamos a la UNAM para que publique este documento por los medios que juzgue pertinentes”.





Programa de Egreso y Titulación

Aprobación de impresión

Arq. Enrique Gándara
Coordinación de Titulación
Facultad de Arquitectura, UNAM
PRESENTE

EP01 Certificado de aprobación de
impresión de documento.

El director y los cuatro asesores que suscriben, después de revisar el documento del alumno, alumna:

NOMBRE: ABUNDES PEREZ CINTHIA KAREN con no. de cuenta 309091392

PROYECTO: VULVA Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista

OPCIÓN DE TITULACIÓN: ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN

Consideran que el nivel de complejidad y de calidad de EL REPORTE DE INVESTIGACIÓN, cumple con los requisitos de este Centro, por lo que autorizan su impresión y firman la presente como jurado del

Examen Profesional que se celebrará el día **a las** **horas.**

Para obtener el título de DISEÑADORA INDUSTRIAL

ATENTAMENTE

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Ciudad Universitaria, CDMX a 23 de marzo de 2022

SINODAL	FIRMA
PRESIDENTE M.D.I. MIGUEL DE PAZ RAMIREZ	
VOCAL M.D.I. VANESSA SATTELE GUNTHER	
SECRETARIO DR. JUAN CARLOS ORTIZ NICOLAS	
PRIMER SUPLENTE M.E. ANA PAULA GARCÍA Y COLOMÉ GÓNGORA	
SEGUNDO SUPLENTE MTRA. RENEÉ HARARI MASRI	

Dr. JUAN IGNACIO DEL CUETO RUIZ-FUNES
Vo. Bo. del Director de la Facultad

"TUGINE" HERRAMIENTA DE BÚSQUEDA EN LÍNEA

Planteamiento	Existe la necesidad de encontrar ginecólogas que se especialicen en determinados tipos de atención, los términos de búsqueda y los resultados deben ser confiables y privados.
Objetivos	Diseñar una herramienta digital que tenga herramientas específicas para proveer un servicio de búsqueda con los valores antes mencionados y perspectiva feminista.
Mercado	Mujeres y personas con vulva en búsqueda de atención ginecológica. Ginecólogas, especialistas, consultorios que buscan ofrecer sus servicios. Marcas que ofrecen productos relevantes o acordes al contenido y propósito de TUGINE y buscan anunciarse (publicidad pagada).
Valores de oferta (aportaciones de diseño)	Una plataforma de búsqueda con enfoque sensible a las necesidades y deseos específicos de cada paciente. Una visión radical en salud y derechos sexuales y reproductivos para combatir la violencia ginecológica.
Principios de funcionamiento	Back-end: Directorio de especialistas que incluye su enfoque, especialización, información de contacto, y ubicación. Garantizar el cumplimiento de valores de privacidad y confiabilidad. Front-end: Un buscador web personalizable.
Materiales	Sitio web
Procesos de manufactura	Recolección de información Construcción y mantenimiento de sitio web
Estética	Identidad visual: la reapropiación de los valores de feminidad impuestos, con una intención subversiva, irónica, sentimental. Una identidad que refleja que es un servicio para mujeres y personas con vulva hecho por mujeres.
Semiótica	La identidad del sitio web busca replantear los referentes de servicios/sitios web enfocados a servicios médicos y ginecológicos que generalmente reproducen patrones como la maternidad como único objetivo de las mujeres y una feminidad compuesta al rededor de la fragilidad, el servicio y la complacencia. Al diseñar la plataforma, buscamos comunicar a la paciente su control sobre el desarrollo de la consulta. Al no incluir imágenes de mujeres maternando, mujeres que reflejen la población de otros países, buscamos específicamente NO IMPONER ideas, formas de vida, emociones o juicios. Somos cuidadosas de no propagar imágenes o vocabulario que perpetúe imposiciones patriarcales.
Posibilidades de comercialización y patentes	Espacios publicitarios pagados por marcas con temas y valores afines. Especialistas que paguen por asesoría y servicios de diseño. Sitio web como punto de contacto para ofrecer estos servicios. Venta de productos como carteles, postales, y modelos.
Investigación de campo, consultas a archivos de información y experimentación en general	Entrevistas, investigación de journey map sobre como las pacientes buscan servicios ginecológicos. Estudio de servicios en páginas web similares.

tuginecóloga.com

Inicio | Sobre | Servicios | Noticias | Contacto

Encuentra tu ginecóloga ideal en: [Ciudad] [Estado] [Buscar]

Red de atención ginecológica especializada con enfoque feminista

Nosotras

Creemos que las mujeres que nosotras lo hacemos en ginecología que está incomprendida con tu bienestar emocional y físico que además cuenta con todos los servicios en un solo lugar como es la atención ginecológica. Es por eso que decidimos crear un espacio entre ginecólogas y especialistas.

- Asesoría de expertas**
Para el momento en que quieras un segundo opinión con especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- Comunicación con especialistas**
Hacemos un trabajo de comunicación con especialistas en Ginecología y Obstetricia para que puedas tener un segundo opinión con especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- Retroalimentación constante**
Buscamos con los especialistas en Ginecología y Obstetricia para que puedas tener un segundo opinión con especialistas en Ginecología y Obstetricia.

¿Por qué hablamos en femenino?

La ginecología es la rama de la medicina especializada en la salud de las mujeres y también cubre la mayoría de las patologías que afectan a las mujeres. No se trata de "ginecología" sino de "ginecología feminista".

Experiencias

- ¿Alguna vez has sentido que tu ginecóloga no te escuchó?
- ¿Alguna vez has sentido que tu ginecóloga no te escuchó?
- ¿Alguna vez has sentido que tu ginecóloga no te escuchó?

Construyamos juntas

¿Alguna vez has sentido que tu ginecóloga no te escuchó?

Galería

Inicio | FAQ | Servicios | Privacidad

Instagram | Facebook | Twitter

Ciudad de México

más sobre tí

¿Especialista en Ginecología? ¿Especialista en Obstetricia?

¿Especialista en Ginecología? ¿Especialista en Obstetricia?

más sobre tu ginecóloga ideal

¿Especialista en Ginecología? ¿Especialista en Obstetricia?

¿Especialista en Ginecología? ¿Especialista en Obstetricia?

¿Cómo funciona?

Buscamos encontrar a las ginecólogas y especialistas en Ginecología y Obstetricia que estén interesados en trabajar en un espacio feminista y especializado en Ginecología y Obstetricia. Nosotros nos encargamos de encontrar a las ginecólogas y especialistas en Ginecología y Obstetricia que estén interesados en trabajar en un espacio feminista y especializado en Ginecología y Obstetricia.

Beneficios para las pacientes:

- Comunicación:** En cualquier momento puedes comunicarte con las ginecólogas y especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- Sensibilidad:** Entendemos que la ginecología es una rama de la medicina que se especializa en la salud de las mujeres y que también cubre la mayoría de las patologías que afectan a las mujeres.

Requerimientos para las especialistas:

- Un canal de atención:** Necesitamos un canal de atención para las ginecólogas y especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Denuncias para los Consultorios:

- El espacio debe estar diseñado para ser un espacio feminista y especializado en Ginecología y Obstetricia.
- El espacio debe estar diseñado para ser un espacio feminista y especializado en Ginecología y Obstetricia.

¿Cómo generamos recursos para funcionar?

Con la suscripción anual pagada por especialistas y consultorios. Con esta suscripción se genera un fondo que sirve para pagar los honorarios de las ginecólogas y especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Metas:

El objetivo de la salud es la salud de las mujeres y como parte de ello el acceso a una vida libre de violencia de las mujeres buscamos que más pacientes puedan acceder a servicios como los que recomendamos, así que en nuestro futuro buscamos crear un fondo que apoye a mujeres en situaciones de vulnerabilidad económica, social y de salud a través de consultas ginecológicas de calidad. Es por eso que estamos trabajando para expandir el acceso de más mujeres a la atención médica y cuidado de la salud.

Construyamos juntas

¿Alguna vez has sentido que tu ginecóloga no te escuchó?

¿Cuál paleta de colores te gusta más?

¿Cuál patrón te gusta más?

¿Cuál iluminación te hace sentir más tranquila?

Si tienes la posibilidad de elegir, ¿qué prefiere para tratar dolores y nerviosismo leve, remedios naturales o medicamentos?

MODELO ANATÓMICO

Planteamiento	<p>Los modelos anatómicos actuales no invitan a la interacción. Son frágiles y costosos, por lo que su manipulación es casi siempre exclusiva de la especialista y por lo tanto, lejana de la paciente.</p> <p>Pueden ser inefectivos para demostrar ciertos conceptos en la consulta ginecológica y en la enseñanza sexual y reproductiva.</p>
Objetivos	Diseñar un modelo interactivo para que la especialista explique a la paciente sobre el procedimiento a realizar y la paciente pueda apropiarse del modelo y proyectarlo en su cuerpo
Mercado	<p>Ginecólogas, sexólogas, educadoras e instituciones en las que estas especialistas trabajan.</p> <p>Mujeres y personas con vulva, madres, estudiantes, que buscan aprender o enseñar sobre los órganos pélvicos.</p> <p>Precio aproximado de \$500</p>
Valores de oferta (aportaciones de diseño)	Modelo accesible en sentido de fabricación y manejo. Su accesibilidad, dada por materiales maleables, resistentes y suaves al tacto facilita la educación e invita a desarrollar la curiosidad. Características contrarias a la rigidez y fragilidad de los modelos existentes que pueden resultar intimidantes.
Principios de funcionamiento	<p>Modelo textil que explica la localización y correlación entre los órganos pélvicos. Este grupo de órganos generalmente no se representan juntos en los modelos actuales.</p> <p>El modelo se puede separar por órganos, es maleable y lavable.</p>
Materiales	Fieltro de distintos colores, relleno sintético, velcro y/o imanes
Procesos de manufactura	Trazado de patrones, corte láser de piezas, costuras a mano y en grandes volúmenes, en máquina de coser.
Factores humanos	<p>Diseñar este modelo didáctico surgió a partir del concepto de abrazo y calidez. Con el propósito de que invitara a la manipulación y el descubrimiento.</p> <p>Para materializar estos valores optamos por textil con sensación cálida al tacto. Además, la semejanza entre los tejidos reales y el material textil, diferencia nuestra propuesta de los modelos rígidos existentes actualmente.</p> <p>Junto con el cinturón que diseñamos para este modelo buscamos que la colocación en el área donde estos órganos existen en nuestro cuerpo genere una relación de apropiación del cuerpo y de las experiencias y sensaciones vividas en la atención ginecológica.</p>
Estética	<p>Sobre la estética del producto optamos por una sintetización de las características reales de los órganos. Abstractamos sus formas manteniendo su realismo, mientras mantenemos factible su producción.</p> <p>Elegimos una gama de colores rosas, rojizos y marrones ya que solemos relacionar estos colores con los órganos internos pero también conforman una paleta que invita a la exploración.</p>
Semiótica	<p>Visualmente las decisiones fueron un balance entre realismo y abstracción.</p> <p>Buscamos traducir conceptos como calidez, amabilidad y cercanía a través del uso de materiales y texturas. Cambiando así la percepción ante nuestra propuesta, comparando con los modelos actuales.</p> <p>Diseñamos un modelo amigable sin hacerlo caricaturesco o infantil.</p>
Posibilidades de comercialización y patentes	<p>Venta directa a especialistas, en espacios de materiales didácticos y por venta online a personas ininteresadas.</p> <p>Registro de patente potencial.</p>
Asesoría	<p>Dr. Juan Carlos Ortíz Nicolás en la transcripción del concepto "abrazo" al producto</p> <p>Dra. Teresa Almeida en la búsqueda de reapropiación del cuerpo.</p>
Investigación de campo, consultas a archivos de información y experimentación en general	<p>Investigación de modelos actuales, uso en consultorios. Precios y características.</p> <p>Experimentación en grupos de mujeres universitarias comparando la manipulación del modelo rígido actual contra nuestros prototipos</p>



BATA PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Planteamiento	Actualmente, las batas utilizadas en la atención médica resultan incómodas. Al ser fabricadas en su mayoría, en materiales delgados, ásperos y que no aseguran total protección del cuerpo de las pacientes.
Objetivos	Diseñar una prenda que permita a la paciente tener control sobre la exposición de su cuerpo y a la vez posibilite la revisión ginecológica necesaria.
Mercado	Especialistas Pacientes que optan por llevar una prenda propia para la consulta.
Valores de oferta (aportaciones de diseño)	Prenda reusable y lavable. En material textil suave al tacto y sin transparencias, brinda seguridad sobre la exposición del cuerpo.
Principios de funcionamiento	La parte superior de la bata permite descubrir la zona del pecho, mientras que la parte inferior de la prenda permite descubrir la zona pélvica. Ambas partes son independientes una de la otra, por lo que se puede descubrir una mientras la otra permanece cerrada.
Materiales	Algodón y poliéster
Procesos de manufactura	Corte, costura a máquina.
Factores humanos	Contrario al producto actual nos enfocamos en que permita la exploración sin descuidar la cobertura del cuerpo.
Estética	Siguiendo el principio de apropiación, realizamos una encuesta con diferentes opciones de colores y diseñamos una paleta de color a partir de los resultados
Semiótica	A partir del concepto "abrazo" diseñamos las mangas y la parte superior de la bata. Decidimos comunicar calidez y cercanía a través del uso de textil de algodón.
Posibilidades de comercialización y patentes	Venta directa a especialistas, en espacios de materiales didácticos y por venta online a personas ineteresadas. Registro de patente potencial.
Asesoría	DI Vanessa Sattelle, MDI Miguel de Paz
Investigación de campo, consultas a archivos de información y experimentación en general	Desarrollo de prototipos Pruebas de usabilidad Encuestas Entrevistas



PANTALÓN PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Planteamiento	Actualmente no existe una prenda que permita no estar completamente desnuda al momento de la exploración médica.
Objetivos	Diseñar un pantalón que permita la exploración de la zona pélvica en consulta.
Mercado	Especialistas Pacientes que optan por llevar una prenda propia para la consulta
Valores de oferta (aportaciones de diseño)	Prenda reusable y lavable. En material textil suave al tacto y sin transparencias, brinda seguridad sobre la exposición del cuerpo.
Principios de funcionamiento	El pantalón tiene una abertura en la zona pélvica, visible únicamente al encontrarse en posición horizontal.
Materiales	Algodón y poliéster
Procesos de manufactura	Corte, costura a máquina.
Factores humanos	Contrario al producto actual nos enfocamos en que permita la exploración sin descuidar la cobertura del cuerpo.
Estética	Siguiendo el principio de apropiación, realizamos una encuesta con diferentes opciones de colores y diseñamos una paleta de color a partir de los resultados
Posibilidades de comercialización y patentes	Venta directa a especialistas y por venta online a personas ineteresadas. Registro de patente potencial.
Asesoría	DI Vanessa Sattele, MDI Miguel de Paz
Investigación de campo, consultas a archivos de información y experimentación en general	Desarrollo de prototipos Pruebas de usabilidad Encuestas Entrevistas



Agradecimientos

Gracias a Miguel, por la confianza para crear nuestro camino,
a Vanessa, por expandir nuestra visión al diseñar,
a Juan Carlos, por su conocimiento y su generosidad para compartirlo.

Gracias a Eli por guiarnos desde tu talento,
gracias por el amor que le tienes al conocimiento y divulgación de la ciencia para las mujeres.

Gracias a Madeline y Teresa por confiar en nosotras y en nuestro proyecto sin importar la distancia.

Gracias a Martha Rodriguez por ayudarnos a materializar nuestras ideas, por sus manos sabias.

Gracias a todas las mujeres que nos compartieron sus experiencias y conocimiento.

Gracias a la UNAM y al CIDI por ponernos en el mismo camino.

A todas

“Quiero encontrarme con mi bisabuela, con mi tatarabuela,
quiero escucharlas y encontrarlas en mí.
Quiero enseñarles todo lo que construí.
Quiero poder salvarlas por todas esas veces que les dolió algo
y ahora siento que me duele a mí.
Quiero vivir (aunque sea un ratito) únicamente por ellas y por mí.”

Vika Álvarez

A mi mamá por todo,
por ser la mujer más valiente que conozco y enseñarme a serlo.
A mi papá por creer en mí, antes de que yo descubriera quién podía ser.
A mi hermano por sus abrazos y su apoyo incondicional.
Son el amor de mi vida.

A mis tías, por todo su apoyo, por todo su amor,
por ser las personas más fuertes y generosas que voy a conocer en mi vida.

A Lupita por salvarme de la tristeza, cuidarme y enseñarme tanto,
a mí y a tantas mujeres.

A Nina por todo lo que creamos y reímos juntas.

A Mon, el sol hecha persona.

A Daniel, por tener el corazón de su mamá.

Para Rosa e Isabel.

Cinthia

Gracias a mi Dios por la segunda oportunidad,
por siempre escucharme y por querernos tanto.

Para mi mamá. Siempre.
Gracias por tu amor, del que aprendo a diario. Gracias por ser la fuerza que nos mantiene de pie.
Gracias por la relación que construimos todos los días.
Gracias por las flores, las plantas, los pájaros y tu calor.
Te amo.

Para mi papá, gracias por enseñarme a levantar la voz ante lo injusto.
Gracias por tus abrazos, gracias por luchar para quedarte.
Te amo.

Para Lilia y Esmeralda, por la complicidad.
Gracias por protegerme, amarme y guiarme desde el primer día. Ustedes también me criaron.
Las amo incondicionalmente.

Para Gerardo y Regina, gracias por las nuevas ilusiones, por la esperanza.
Gracias por el amor y la felicidad que nos han traído.

Para mis abuelas, porque seguimos sintiendo el amor que dejaron.
Para Coco, te extrañamos.
Para mi abuelo Manuel, gracias por cuidarnos en vida y después.

A Cinthia, gracias por las experiencias, por lo que descubrimos. Gracias por las risas.
Gracias por el lenguaje que creamos y que solo nosotras podemos hablar.

Para Jimena y Andrea, porque nos hemos visto crecer, porque siempre estaremos.

Para Julián, Panda, Ramona y Carlota,
por su paciencia, su amor incondicional y su compañía. Me hacen muy feliz.

Para las mujeres que han sido mis amigas y las que lo siguen siendo,
están en mi corazón.

Nina

Resumen

VULVA Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista es un trabajo de investigación teórica sobre diseñar con perspectiva feminista con aplicación práctica en la ginecología. Nuestro objetivo fue generar una propuesta de diseño para mejorar la experiencia en la atención médica ginecológica. Propuesta que va entrelazada a una investigación de la presencia y responsabilidad del diseño en la experiencia actual y su deber de poner primero a las personas y, en nuestro tema de estudio, a las mujeres y sus experiencias antes que los objetos.

Iniciamos con una introducción a los temas que se tratarán a lo largo del documento, así como nuestro acercamiento personal. Partimos desde una investigación de la especialidad de ginecología, tocando temas como la salud sexual y reproductiva, el autocuidado, y el dolor. Después, abordaremos la violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario, la violencia ginecológica-obstétrica y su contraste con los compromisos, recomendaciones y pronunciamientos nacionales e internacionales sobre la erradicación de violencia contra las mujeres del y hacia el Estado Mexicano. Esto, además de las aportaciones de especialistas médicas nos dan pauta para enunciar algunos principios de atención médica feminista. Todo lo anterior integra la experiencia ginecológica actual.

Para rediseñar esta experiencia partimos de la historia de productos diseñados para las mujeres y de metodologías de diseño desarrolladas por mujeres. Con esto en mente, pudimos realizar entrevistas, encuestas y actividades de inmersión para recabar información pertinente y poder desarrollar nuestras propuestas.

Nuestros resultados finales son una investigación de diseño feminista, un listado de principios para diseñar con perspectiva feminista y el rediseño de la experiencia ginecológica que materializa las ideas: “Obtener el tipo de atención que quieres y necesitas”, en TU GINE, una herramienta de búsqueda en línea. “Dignificar a través de los sentidos”, con recomendaciones, “Comprender, apropiación del cuerpo y la experiencia”, con un modelo anatómico y por último “Tener el control sobre la exposición de tu cuerpo” materializada en una bata y un pantalón para la examinación médica en el consultorio ginecológico.

Palabras clave: mujeres, diseño, rediseñar, feminista, atención médica, ginecología.

“I write for those women who do not speak, for those who do not have a voice because they were so terrified, because we are taught to respect fear more than ourselves. We've been taught that silence would save us, but it won't.”

Audre Lorde

“Escribo para aquellas mujeres que no hablan, para aquellas que no tienen voz porque estaban tan aterrorizadas, porque nos enseñan a respetar el miedo más que a nosotras mismas. Se nos ha enseñado que el silencio nos salvaría, pero no lo hará”.

Audre Lorde

Abstract

VULVA Redesigning the gynecological experience with a feminist perspective is a theoretical research work on designing with a feminist perspective with practical application in gynecology. Our objective was to generate a design proposal to improve the gynecological medical care experience in healthcare. Proposal that is intertwined with an investigation of the presence and responsibility of design in the current experience and its duty to put people first. Specifically women and their experiences before products.

We begin with an introduction to the topics that will be covered throughout the document, as well as our personal approach to them. We start from an investigation of the gynecology specialty, touching on topics such as sexual and reproductive health, self-care, and pain. This leads us to talk about violence against women in the health field, gynecological-obstetric violence and its contrast with the national and international commitments, recommendations and pronouncements on the eradication of violence against women from and towards the Mexican State. This in addition to the contributions of medical specialists, gives us a guideline to enunciate some principles of feminist medical care. The sum of all these issues integrate the current gynecological experience.

To redesign this experience, we start from the history of products designed for women and design methodologies developed by women. With this in mind, we were able to conduct interviews, surveys, and immersion activities to gather relevant information and develop our proposals.

Our final results are a feminist design investigation, a list of principles to design with a feminist perspective and the redesign of the gynecological experience that materializes the following ideas: **"Get the type of care you want and need"**, in TU GINE, a tool for online search. **"Dignify through the senses"**, with recommendations, **"Understand, appropriation of the body and experience"**, with an anatomical model and finally **"Have control over the exposure of your body"** materialized in a gown and pants for the medical examination in the gynecological office.

Keywords: women, design, redesign, feminist, health care, gynecology.

ÍNDICE

Resumen 18

Abstract 19

Introducción 25

00

Adentrarnos

Objetivos 29

Metodología/Estrategia 29

Justificación 30

Cuerpo, mujeres y feminismo 31

La conexión con el cuerpo, el feminismo y diseñar 31

"Empoderamiento femenino" 32

Aclaraciones 33

Así empezamos 35

1.0

Ginecología

Ginecología 39

La ginecología en la antigüedad 40

Mujeres en la ginecología 41

Órganos externos 44

Historia del clítoris 45

Órganos internos 46

Salud sexual y reproductiva de la mujer 49

Salud sexual 49

Salud reproductiva 50

Situación en México 50

Virus del papiloma humano 52

Cáncer de mama 52

Exámenes preventivos 52

Exámenes pélvicos 52

Papanicolau o citología vaginal 53

Espéculo vaginal 54

Cuidado complementario no medicalizado.

Autoconocimiento y ginecología natural 55

Autocuidado no es cuidado médico 56

Dolor 56

Conclusiones 58

2.0

Violencia

Violencia contra la Mujer en el ámbito sanitario 63

La cultura de los cuidados. Amor que invisibiliza el bienestar de las mujeres 64

Violencia Ginecológica 66

Violencia ginecológica en la actualidad 68

Violencia Obstétrica 72

Quejas del servicio de Ginecología y Obstetricia en México 74

Causas 74

Consentimiento NO informado 74

Casos de violencia ginecológica 76

Irma y Sandra 76

Conclusiones 77

3.0

Cuidado como derecho humano

Derechos de las pacientes en México 81

Servicio médico humanizado. Recomendaciones a nivel nacional e internacional 81

Consentimiento informado 82

Compromisos internacionales del Estado Mexicano respecto a la salud sexual 84

Derechos sexuales y reproductivos 84

Pronunciamientos sobre la violencia obstétrica 85

Proveer atención médica con perspectiva feminista 85

4.0

Diseño por y para mujeres

Algunos productos diseñados para mujeres y personas con vulva 92

Diseño Feminista 99

Diseño para la experiencia 101

La experiencia 101

Interacción y afectividad 102

Estética de la interacción 102

Tipos de interacción 102

Diseño centrado en personas. HCD 102

Interacción feminista Humana-Computadora (FHCI) 103

Diseño y ética 104

Empatía en el diseño 104

Conclusiones 105

5.0

Investigación para desarrollo de propuestas

Investigación de campo 109

Estrategia 109

Condiciones actuales en consultorio 113
Sala de espera 113
Consultorio Ginecológico 114
Baño de consultorio 114
Plataformas para encontrar especialistas 115
Modelo anatómico 116
Bata para pacientes 117
Visita a consultorio médico de la ginecóloga Olga Lilia Gómez Sánchez 118
Consultorio Ginecológic 118
Modelo anatómico 119
Cambiador 119
Mesa de exploración 119
Material gráfico informativo 119
Entrevistas 120
Encuestas 123
Segunda encuesta 126
Conclusiones encuestas 129
Arquetipos 130
Citología y papanicolau 136
Colocación de DIU 138
Ultrasonido 140
Blueprint del servicio actual 142

6.0

Ideación

Propuesta espacial 146
Búsqueda de especialista 148
Plática introductoria 149
Explicación del procedimiento 149
Modelos anatómicos 149
Cambio de ropa por bata 152
Contribución generativa 152
Moodboards iniciales 152

7.0

Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista

Obtener el tipo de atención que quieres y necesitas 164

Interacción y propiedades de la interacción 180
Aminorar la incomodidad a través de los sentidos 180
Vista/Material gráfico 180

Apropiación del cuerpo y la experiencia 188

Tener el control sobre la exposición de tu cuerpo 201

Materialización 201
Prototipo en tela 1 204
Prototipo en tela 2 208
Prototipo en tela 3 214
Maquetación y prototipado de propuestas finales 218
Ficha técnica de bata ginecológica 221
Secuencia de uso de bata ginecológica 224
Uso en procedimiento 226
Pantalón ginecológico 228
Ficha técnica pantalón ginecológico 228
Vistas 229
Secuencia de uso de pantalón ginecológico 230
Uso en procedimiento 230
Comparación de experiencia actual y nuestra propuesta 238
Blueprint propuesta 240
Journey map, nuestra propuesta 242

Conclusiones

Nuestros principios para diseñar con perspectiva feminista 248
Expertas 255
Referencias 256

PRÓLOGO

Doctora Elisa Ventura Aquino

Actualmente, las sociedades de diferentes países están en la búsqueda de mecanismos que permitan el entendimiento de sus bases desde la perspectiva de género es una realidad impostergradable que va llegando a cada vez más países a nivel global.

Entender al mundo desde la visión de género, permite el desarrollo de estrategias para comprender que hombres y mujeres no están biológicamente determinados a una forma particular de vida. Además, permite construir las bases de una sociedad en la que las personas, independientemente de su género, puedan desarrollar todos sus potenciales, reduciendo la brecha que por generaciones ha limitado y vulnerado, entre muchas otras cosas, el acceso a los derechos fundamentales de todo ser humano, incluyendo el derecho al cuidado de la salud.

Es justamente el acceso a servicios de salud desde la visión de género, el tema de la presente tesis. En primer lugar, como introducción, se revisa extensa y meticulosamente la situación que enfrentan las mujeres al acudir a los servicios de atención ginecológica, muchas veces experimentando negativamente dicha atención, y cómo el miedo consecuente, favorece que se postergue o evite, justificadamente, repetir esas experiencias, lo que vulnera la salud. Posteriormente, se recaban testimonios y experiencias de mujeres que acuden a una consulta ginecológica con lo que se elabora una propuesta a partir del diseño, destinada a resignificar la vivencia de las mujeres dentro del consultorio ginecológico. Misma que, no dudo, tendrá un potencial enorme de desarrollo e implementación.

El camino andado durante la revisión de la presente tesis ha sido sumamente grato desde el momento de acompañar a dos alumnas destacadas, entusiastas y proactivas. Pero más allá de la satisfacción académica; ha sido sumamente aleccionador. Desde la primera página de esta tesis, se invita a hacer una reflexión profunda sobre la importancia de tener experiencias positivas durante la atención ginecológica, además se elabora una propuesta viable, creativa y asequible para cambiar esa realidad. Necesidad urgente e imperiosa en una sociedad donde las mujeres, estamos más dispuestas a romper paradigmas para mejorar nuestra realidad.

Nina y Cinthia: Gracias a ustedes.

Dra. Elisa Ventura Aquino

Mtra. Médica Cirujana y Doctora en Ciencias con especialidad en Neurofarmacología y terapéutica experimental CINVESTAV

"El primer signo de civilización es la compasión que se ve en un fémur curado "
Margaret Mead (2013)

MARGARET

Introducción

La antropóloga y poetisa Margaret Mead (s/f), afirmó que el primer signo de civilización es un fémur fracturado y curado, encontrado en un sitio arqueológico que data de hace 15.000 años. Este fémur es la prueba de que la persona a quien perteneció, recibió cuidados y protección de alguien más, por al menos seis semanas. La concepción de civilización de Mead, nos ayuda a presentar el fundamento de nuestra tesis y el trabajo de investigación que contiene. Porque más allá de un producto como resultado último de esta tesis, buscamos que el cuidado y la humanidad sean prioridad y que al diseñar se representen, refuercen y soporten estos valores.

Como diseñadoras entendemos nuestro lugar como las mediadoras y en este caso las que defienden y exigen la priorización del cuidado y la compasión entre los aspectos humanos y técnicos que intervienen en la creación de nuestro entorno, al igual que el pensamiento de Margaret nuestra forma de abordar el cuidado desde el diseño se liga al aforismo de la medicina:

“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.

(Edward Livingston Trudeau, S XVIII)

Nuestra tesis tiene como objetivo generar una propuesta de diseño para mejorar la experiencia en la atención médica ginecológica. Se divide en dos partes; la primera nos ayuda a comprender el contexto histórico y actual sobre la atención médica ginecológica para las mujeres. La segunda parte se enfoca en la recopilación de herramientas que se adapten a nuestros valores para finalmente desarrollar nuestras propuestas de diseño.

Dividimos nuestro documento en ocho capítulos, en los primeros cuatro nos enfocamos en conocer sobre el contexto histórico de la atención médica ginecológica. Estos capítulos son: **Adentrarnos, Ginecología, Violencia y Cuidado como derecho humano.**

A partir del quinto capítulo nos concentramos en el diseño como nuestra herramienta de respuesta con: **Diseño por y para mujeres, Experiencia actual, Ideación y Rediseñar la experiencia ginecológica con perspectiva feminista.**

En este proceso incluimos en todo momento las experiencias de las mujeres que se encuentran en este ecosistema: pacientes, enfermeras, y médicas especialistas en ginecología. Sus respuestas nos mostraron la falta de interés en las emociones de las pacientes en el desarrollo de las propuestas espaciales, de artefactos y de experiencia actuales.

No se le suele relacionar al diseño, en todas sus facetas, con el cambio y ruptura de paradigmas sociales. La formación y la práctica del diseño exigen una formación ética pertinente para ser tomadoras y tomadores de decisiones que podrían afectar a miles de personas. Las diseñadoras no solemos escuchar durante nuestra formación que podemos tener injerencia en el cambio de la realidad de nuestro país y nuestro planeta. Descubrimos que es posible hacerlo. “VULVA. Rediseñar la experiencia ginecológica” es nuestro trabajo de investigación que lo sustenta.

"Soy mujer. Y un entrañable calor me abriga cuando el mundo me golpea.
Es el calor de las otras mujeres, de aquellas que hicieron de la vida este rincón
sensible, luchador, de piel suave y tierno corazón guerrero"

Alejandra Pizarnik (1962)

ALEJANDRA



ADENTRARNOS

Objetivos

- Proponer un concepto integral desde el diseño de producto para cada etapa de la consulta ginecológica. Resultando en un servicio con estándares basados en derechos humanos a partir de cuidados médicos humanizados, que intervenga positivamente en momentos valorados como incómodos por las pacientes, en el proceso de asistir a una consulta ginecológica.
- Ofrecer una propuesta conceptual de un sistema de servicios y productos que estructuren una experiencia, realista y potencialmente aplicable en el servicio ginecológico actual.
- Diseñar objetos a nivel concepto que se centren en transmitir intenciones de cuidado, empatía, respeto, dignidad y calidez, asegurando que las pacientes reciban una atención con estos valores.
- Con nuestra investigación buscamos información relevante sobre las experiencias de las mujeres y personas con vulva (pv) en el servicio médico de ginecología, información con la que identificamos puntos de contacto percibidos como negativos, sobre los cuales podríamos hacer un trabajo de rediseño que impacte efectiva y positivamente en la experiencia.

Por ser las metodologías más pertinentes, desarrollaremos nuestra tesis a partir del Diseño para la Experiencia, Diseño Centrado en Humanas y Diseño Feminista.

Más allá de los datos cuantificables, queremos dar información cualitativa y generar una conversación que en este momento no existe ni tiene la difusión que la problemática exige. Para lograr recabar este tipo de información, realizamos encuestas y entrevistas a mujeres y personas con vulva (pv) que han asistido a consultas ginecológicas en el sector público y privado. También realizamos este tipo de ejercicio con mujeres que nunca han asistido a una consulta o revisión, para entender todo el espectro de emociones y experiencias provocadas por la idea de asistir a una revisión ginecológica.

“(...) si se reduce el todo al conocimiento de sus partes, se restringe lo complejo a lo simple, se encefalea y conduce a la eliminación de todo aquello que no sea cuantificable ni medible, suprimiendo se suprime así lo humano de lo humano.”
Edgar Morin (2000)

Justificación

La calidad en la atención médica refleja el respeto a los derechos humanos de un gobierno hacia sus habitantes, por lo tanto la calidad en la atención ginecológica refleja la postura de un país ante los derechos de las mujeres y personas con vulva.

La cita ginecológica y la exploración pélvica actualmente se concentran en la comodidad y conveniencia de las ginecólogas, donde los niveles de confort de la o el especialista contrastan con la incomodidad y dolor de la paciente. Haciendo que lo sufrible y/o intimidante, y penoso de la experiencia, detenga a gran cantidad de mujeres de realizarse pruebas preventivas. El servicio médico en su raíz y a nivel sistémico se encuentra en una contradicción en el cuidado de la salud.

Para responder a esta problemática, se deben identificar, reconocer y criticar la opresión, desvalorización y maltrato sistemático que se ha sufrido y se sufre en el servicio médico ginecológico. Se trata de una violencia de tipo estructural, que necesita mecanismos y enfoques altamente sensibles para detectar conductas, espacios, instrumental y dispositivos que perpetúen y manifiesten desconsideraciones u omisiones que resulten en experiencias dolorosas, traumáticas o incómodas para las pacientes.

Como ejemplo de la situación en México respecto a la ginecología:

- El cáncer de cuello uterino (CaCu) desde el año 2006, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.
- Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de 2001-2015 atendió 2,758 quejas médicas relacionadas con el servicio de ginecología y obstetricia, representando el 11.3%, ocupando uno de los primeros tres lugares en especialidades denunciadas.
- Según una encuesta del Gabinete de Comunicación Estratégica en 2013, 21 de cada 100 mujeres encuestadas, respondieron que van cada seis meses al ginecólogo, 42 visitan al especialista una vez al año y 25 lo hacen sólo cuando se sienten mal.
- El cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres con el 15.4% de las defunciones por tumores malignos, siguiendo el cáncer de cuello uterino con el 9.9% y el 5.9% a cáncer de ovario. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad. De acuerdo a cifras del INEGI para el año 2014 en México se registran 28.75 nuevos casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más.

A partir de estos datos vemos reflejadas las incongruencias en la atención ginecológica como el CaCu que a pesar de ser 100% prevenible sigue siendo la segunda causa de

muerte, según el reporte realizado por el Dr. Elias Yused Argüello en el 2015. La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectarlo oportunamente. ¿Qué evita que las mujeres accedan a la atención preventiva de estas enfermedades?.

Una de las razones más importantes es que la atención gineco-obstetra se encuentra entre las áreas de atención médica con mayor número de quejas en México. Esto inevitablemente señala una relación directa entre la mala calidad del servicio y la baja asistencia a consulta.

Son pocos los recursos nacionales que visibilizan esta problemática, y la mayoría se centran en denunciar las consecuencias finales (violencia obstétrica, muerte materna, muerte por cáncer de mama y cáncer cervicouterino). Mientras, el discurso público en cuanto a la prevención **revictimiza y atribuye entera responsabilidad a las mujeres para asistir a revisión, sin indicar que el servicio debe mejorar y se deben de buscar estrategias que aumenten la asistencia y aseguren la buena atención.** Igualmente, son pocas personas quienes hablan sobre la violencia implícita en la ginecología, el instrumental y mobiliario. Lo que señala la necesidad de analizar estos, así como los protocolos de atención para identificar los procesos violentos y rediseñarlos.

Si no se plantean, construyen y propician conversaciones sobre la ginecología en México, sobre lo que las mujeres queremos en nuestros servicios de salud integral, las situaciones de violencia y falta de empatía continuarán y empeorarán. La continuación de estos patrones afectarán directamente la salud de más mujeres y pv, al empeorar las condiciones de servicio médico y prospectivamente incrementar la baja asistencia a consulta, derivando en falta de atención a enfermedades detectables y tratables. El diseño puede aplicarse como una herramienta para evidenciar y materializar recomendaciones de instituciones de derechos humanos.

Cuerpo, mujeres y feminismo

Hacemos nuestro análisis desde la perspectiva feminista porque existen fallas que no hubiéramos podido detectar bajo otro enfoque, ni construir soluciones sin retomar y reconocer el trabajo de tantas autoras, investigadoras y activistas feministas.

“La reconstrucción de la historia de las mujeres o la mirada de la historia desde un punto de vista femenino implica una redefinición de las categorías históricas aceptadas, que visibilice las estructuras ocultas de dominación y explotación [y violencia].”

Federici (2004)

Además de que la teoría feminista cuestiona lo relacionado a la sexualidad, la reproducción y el cuerpo, desde lo histórico, político y social:

“Los análisis de la sexualidad, la procreación y la maternidad se han puesto en el centro de la teoría feminista y de la historia de las mujeres. Las feministas han sacado a la luz y han denunciado las estrategias y la violencia por medio de las cuales los sistemas de explotación centrados en los hombres han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo en manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos -lugares privilegiados- para el despliegue de las técnicas de poder y las relaciones de poder.”

Federici (2004)

Nuestras experiencias como mujeres desaparecen en el discurso público y en la academia, por eso nosotras retomamos a partir de lo que muchas autoras feministas han construido: el análisis desde la mujer. Ya que es el frente desde el que combatimos la violencia sistemática hacia las mujeres en el mundo y en nuestro país, buscamos fortalecer este análisis en el diseño mexicano, más allá de fines comerciales y de explotación.

“Mujeres es una categoría de análisis legítima, y las actividades asociadas a la reproducción siguen siendo un terreno de lucha fundamental para las mujeres”

Federici(2004)

La conexión con el cuerpo, el feminismo y diseñar

En la relación con el cuerpo coinciden dos realidades, la histórica que describe un proceso de control, de desinformación y de injusticias históricas en las que se ha decidido sobre los procesos corporales de las mujeres. Y la de la experiencia personal, llena de sensaciones de las que no se hablan abiertamente, condenando a vivirse en soledad.

Hacemos un esfuerzo importante en contrarrestar la falta de espacios que inviten a la libertad para hablar de estas experiencias pues la falta de información propicia abusos, difumina los límites y perpetúa la violencia.

El diseño y su intrínseca relación con el cuerpo es una de las herramientas más poderosas para entrelazar la teoría feminista con lo que buscamos construir como la práctica y las manifestaciones materiales e inmateriales de estos valores.

"El cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia."

Federici (2004)

"Empoderamiento femenino"

Resulta sencillo caer en calificar movimientos sociales, actividades, publicaciones, objetos, bajo la etiqueta de “empoderamiento femenino”, tan popular en los últimos años. El “empoderamiento” además, suele estar profundamente ligado a la búsqueda de la belleza para la aceptación y consumo de los otros.

No es nuestra intención en ningún momento que esta tesis sea vista como un medio o declaración de empoderamiento femenino. Principalmente porque no estamos de acuerdo con el uso que se le ha dado a esta palabra para lograr idealizar comportamientos individuales y colectivos para el consumo y disfrute a costa de las mujeres.

El término “empoderamiento” fue utilizado por primera vez por feministas bolivianas bajo un enfoque para “comenzar a transformar la subordinación de género y en el proceso, romper otras estructuras opresivas a través de movilización política colectiva”. Después, este término fue reconocido por la ONU en 1995 como estrategia para perseguir la equidad de género en la Conferencia Mundial de las Mujeres Unidas en Beijing, politizando desde ese momento el empoderamiento de las mujeres.

Lo que hemos observado desde entonces es la despolitización del término y su uso para alcanzar fines opuestos a los que le originaron, siendo utilizado principalmente en la esfera económica como una etiqueta de venta. Los programas de empoderamiento son implementados superficialmente, y mayormente en contextos en los que las mujeres se encuentran aisladas del poder político. Estos programas suelen centrarse en necesidades inmediatas, ignorando la estructura represiva que creó esas necesidades en primer lugar. Esta falta de análisis estructural da como resultado, además del reforzamiento de la marginación de las mujeres, un agravamiento de su despolitización.

Además, es necesario hablar del problema que representa este término en sí. Empoderar se refiere a la adquisición de poder, ¿es realmente esa nuestra búsqueda? ¿existiremos siempre en la eterna lucha por el poder?. La boliviana María Galindo, una de las voces que más se oponen al concepto de “empoderar a las mujeres”, menciona lo siguiente: **“La fórmula del empoderamiento representa muy bien el mismo problema, se abandona el análisis del poder y las relaciones de poder y automáticamente se nos propone esto del empoderamiento, que en el fondo es decirnos que lo que nos falta a quienes estamos abajo es poder, (...) Lo que yo propongo es ir a contracorriente tomándoles la palabra y exigiendo no empoderamiento, sino desempoderamiento de banqueros, jueces, policías, curas, médicos, psiquiatras, profesores y otros”.** (María Galindo, 2019)

“Frente al poder no te empoderas, te rebelas; esa es la única forma de desestructurar cualquier relación de poder.”
María Galindo (2019)

Aclaraciones

Con el fin de que la lectura de este documento sea clara enlistamos las siguientes ideas y conceptos que representan nuestra postura ante el tema de la ginecología.

- Nuestro lenguaje será empleado en femenino, debido a la naturaleza feminista de este documento y a nuestra postura sobre la importancia de visibilizar que **el tema de ginecología debe ser tratado por y para mujeres.**
- Siempre nos referiremos a la población asistente a consultas ginecológicas como **mujeres y personas con vulva (pv)** cuando no altere información obtenida por terceras partes, en el entendido de que las mujeres son la población que acude a este tipo de atención médica, pero siendo empáticas con el hecho de que existen personas que necesitan estos cuidados y no se identifican como mujeres. En un inicio consideramos la posibilidad de emplear únicamente el término personas con vulva (pv). Sin embargo, la eliminación de la palabra mujer de todo el documento invisibilizaría a las mujeres, contribuyendo a la marginalización históricamente más extensa. Por esto, nos resulta vital nunca dejar de nombrar a las mujeres.
- No creemos que el término “Sistema/órganos reproductivos” deba ser perpetuado como única forma de referirse a los órganos sexuales de las mujeres y pv, por lo que nos abstendremos de usar dicho término y en su lugar nos referiremos a este grupo de órganos como **sistema sexual u órganos sexuales.**
- Consideramos que si bien el desarrollo de instrumental y técnicas ginecológicas a partir de experimentación con mujeres tuvo como consecuencia un avance fundamental para la medicina, no se deben olvidar, ni perpetuar las raíces violentas de estos avances.
- Nuestra información sobre violencia en el acto de la ginecología viene de reportes, informes y encuestas oficiales sobre violencia obstétrica debido a la escasez de datos oficiales tanto internacionales como nacionales sobre violencia ginecológica.
- Reconocemos que existen factores en nuestro contexto personal que influyen y representan un sesgo cultural y de género, el cual nos hace ver la realidad desde nuestra perspectiva. No obstante, para el presente trabajo de investigación intentamos en todo momento informarnos, consultar y hacer un ejercicio de empatía a otras realidades vividas por mujeres y pv, para reducir esta limitación, pero aceptamos la posibilidad potencial de tener vacíos, omisiones y equivocaciones.
- Consideramos violencia a cualquier acto que infrinja dolor, incomodidad, imposición, desconsideración, anulación y cualquier falta de respeto a la dignidad humana.
- Si bien esta tesis no excluye otras identidades de género, señalamos que en los documentos que consultamos, la información generada por organizaciones de salud nacionales y de derechos humanos, contabiliza y agrupa a la población exclusivamente como mujeres u hombres, dependiendo esta clasificación de los genitales.
- A nivel institucional no tenemos la información para discernir cuantas personas que reciben servicio ginecológico preferirían ser reconocidas bajo otras expresiones de género. Lo que invisibiliza e impide generar soluciones para los grupos de personas transgénero y no binarias, quienes tienen mayor probabilidad de estar en situaciones que pongan en peligro su dignidad en los servicios médicos.
- Debido al origen y significado de la palabra vagina (en su raíz en latín se refería a una vaina, objeto que guarda la espada), decidimos reivindicar el uso de la palabra vulva, ya que a diferencia de vagina su significado no existe exclusivamente en función del pene.

*"El lenguaje es poder, vida e instrumento de cultura, instrumento de dominación y liberación."
Angela Carter (1998)*

HELEN

"Prefiero caminar con una amiga en la oscuridad,
que sola en la luz".
Helen Keller (1920)

Así empezamos

Esta tesis, así como el proceso que la acompaña y genera surge a partir de reflexiones, de experiencias personales, y de nuestra búsqueda por construir un presente en el que como mujeres, nuestra integridad y dignidad física y emocional sean los puntos de partida.

Así como nuestro proyecto, nuestra amistad coincide con la búsqueda de sentido en el ejercicio del diseño y se refuerza con el acompañamiento mutuo en nuestra inmersión a las teorías feministas. Poniendo en práctica nuestras habilidades en un proyecto que ayude a solucionar problemáticas trascendentes con un enfoque social, ético, sostenible y empático.

Nuestras experiencias y las experiencias de mujeres a nuestro alrededor al acudir a revisiones ginecológicas sumado al referente popular que caracteriza a este tipo de atención como temible y desagradable, le dieron causa a nuestro proyecto. Implicó un trabajo de sensibilización, que nos permitió visualizar conscientemente un problema sistémico con el que la mitad de la población tiene que lidiar. Así, un momento íntimo y vulnerable se convirtió en la ventana por donde conectamos con el mundo y con nuestro ejercicio del diseño.

Académicamente, el proceso que fue formando nuestra investigación comenzó tomando clases y seminarios que nos ayudaron a adentrarnos en el tema y a explorar herramientas de diseño. Cursamos la asignatura de Diseño para la experiencia con el Dr. Juan Carlos Ortiz Nicolás, donde a partir de nuestras primeras propuestas, desarrollamos una visión integral desde la experiencia de la persona usuaria. Fue durante este periodo que descubrimos la importancia de priorizar las emociones, percepciones, y sensaciones en la consulta ginecológica. Decidimos que nuestro proceso se enfocara en recolectar la mayor cantidad de experiencias que nutrieran nuestro conocimiento sobre la experiencia para que nuestra propuesta final resultara integral, empática y trascendente.

A partir de estos aprendizajes hacemos el esfuerzo continuo de tener actividades de inmersión, que de una forma u otra nos brindaran la oportunidad de observar y acercarnos desde diferentes enfoques a la situación actual de Salud Sexual y Salud Reproductiva de las mujeres y personas con vulva en México.

"Un universo de culpas se adjudican a este "ser errante"; a este "hombre mutilado", como nos llamó Aristóteles; a este "sexo que no existe", como afirma Sigmund Freud. Así nos han encasillado y nos han despreciado por ser misteriosas para la ciencia, provocadoras para la moral, peligrosas para la política y pecadoras para las religiones."

Pabla Pérez San Martín (2019)

PABLA

1.0
GINECOLOGIA

Ginecología

La palabra ginecología está formada con la raíz gineco, del griego γυν, ("gyné, gynaikos", mujer) y la raíz de la palabra λόγος ("logos", palabra, tratado, razonamiento).

Según el Diccionario del español de México (2020); Ginecología se define como "la parte de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades propias de las mujeres, en particular las que se desarrollan en sus órganos reproductivos."

En esta sección abordaremos la historia de la ginecología desde la antigüedad y sobre las mujeres que han creado y compartido conocimiento médico. También hablaremos sobre los órganos que forman el sistema sexual de las mujeres, las principales enfermedades que se presentan en estos órganos y de los artefactos utilizados como instrumental médico para su diagnóstico. Hablamos también sobre la ginecología natural como herramienta auxiliar en el tratamiento y autoconocimiento de nuestros cuerpos; de la creciente popularidad del autocuidado y de la invisibilización del dolor en cada etapa de la consulta.

La ginecología en la antigüedad

La ginecología es una de las especialidades más antiguas de la humanidad y se encuentran registros desde 1800 a.C. A continuación hablaremos sobre algunos de estos tratados sobre ginecología.

El registro más antiguo de la práctica ginecológica se encuentra en el Papiro de Kahun, escritos que datan del 1800 a.C. Este papiro reproduce otros escritos más antiguos acerca del conocimiento médico. Entre observaciones y remedios para diferentes padecimientos generales, se encuentran tratamientos para enfermedades vaginales y del útero, métodos de diagnóstico de embarazo, determinación del sexo del feto, y preparaciones contraceptivas. (Fernández de Ramón, 2020)

Otro tratado médico egipcio es el Papiro de Ebers, redactado aproximadamente en el año 1550 a.C. Este tratado consta de 110 páginas con aproximadamente 700 remedios para el tratamiento de numerosas enfermedades. En este papiro se hablaban entre otros temas, de anticoncepción, y diagnóstico de embarazo. En este se registra que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas. (Fernández de Ramón, 2020).

En escritos, Herófilo (III a.C) describió los ovarios, el útero y las trompas uterinas, entre sus trabajos se incluyen un tratado de obstetricia y un libro para las parteras, estas obras se perdieron con la biblioteca de Alejandría. (Romero, 2018)

Sorano de Efeso (98-138 d.C). es reconocido como uno de los “padres de la Ginecología” por su tratado ginecológico compuesto por cuatro libros titulados en la actualidad como *Gynaeciorum libri* (Libros relativos a la mujer). El primer y segundo libro tratan sobre obstetricia, la anatomía de los genitales femeninos, la sexualidad femenina, el embarazo, parto, puerperio y cuidados del infante. El tercer libro está enfocado en enfermedades de las mujeres que pueden tratarse mediante dieta y el cuarto libro aborda temas de enfermedades ginecológicas que precisan cirugía y de la patología del embarazo. (Cortés, 2015)

Galeno (160-200 d.C.) escribió también sobre temas de salud de las mujeres, sobre anatomía en su obra “Sobre la disección del útero”, donde cita a Hipócrates y Sorano. No se considera un tratado especializado de ginecología, sino un tratado sobre la fisiología y patología femenina. (López, 2006)

“...las hembras son por naturaleza más débiles y más frías, y hay que considerar su naturaleza como un defecto natural”

Aristóteles. Las partes de los animales (350 a.C)

Mujeres en la ginecología

Es reconocido históricamente, el papel de las mujeres dentro del cuidado de la salud, principalmente como parteras y sanadoras. Las mujeres han estado vinculadas socialmente con el servicio de cuidados y atención, tanto de forma profesional como de forma no remunerada. En la ginecología, se tienen registros de mujeres (entre investigadoras, autoras, y médicas practicantes) vinculadas con la atención médica a otras mujeres desde el Siglo I a.C.

La primera médica reconocida por la historia es Hagnodike o **Agnodice de Atenas**. Se dice que Agnodice se disfrazó de hombre para poder estudiar medicina con Herófilo, en Alejandría, y terminó sus estudios de ginecología y obstetricia. Agnodice revelaba su identidad ante las mujeres que no querían ser atendidas por hombres. Los hombres médicos le denunciaron por práctica ilegal de la medicina y fue sentenciada a muerte. Las mujeres que habían sido atendidas por Agnodice, se manifestaron en contra de esta resolución y lograron que se disolviera la sentencia, además de cambiar la ley para que las mujeres pudieran estudiar medicina. (De la Sierra, 2011)

Cabe destacar que este cambio no surge del reconocimiento de las aptitudes de las mujeres en la vida profesional, sino del interés de salvaguardar el pudor de las otras mujeres, además de que dicha ley tenía como limitación que las mujeres practicantes de medicina únicamente podrían atender a otras mujeres. (González, 2015)

"Una multitud de mujeres se concentró ante el templo en defensa de ella, proponiendo morir con ella si era condenada y ejecutada. Al mismo tiempo deciden no tener relaciones sexuales con los hombres, para no tener hijos y así liberarse de quedar embarazadas y no tener que parir. Cuenta el escritor latino Higinius en el siglo I A. C, que las mujeres increpaban a los magistrados "vosotros hombres no sois esposos sino enemigos, ya que condenáis quien descubrió la salud para nosotras"... "Si ella no puede acercarse a nuestros cuerpos enfermos, tampoco lo haréis vosotros a nuestros cuerpos sanos".

Fayanas (2014)



Fig. 1 Agnódice



Fig. 2 Metrodora



Fig. 3 Aspasia



Fig. 4 Trótula de Salerno



Fig. 5 Helen O'Connell

En los documentos de investigación del escritor y naturalista Plinio el viejo, menciona a mujeres que practican la medicina en el siglo I a.C.

Entre las mujeres mencionadas, se encuentran **Olympia de Tebas**, partera con amplios conocimientos sobre el uso de las hierbas medicinales: Elefantis, y Lais, famosa por sus curas de la malaria utilizando sangre menstrual. (De la Sierra, 2011)

Entre las autoras encontramos a **Cleopatra Metrodora**, quien en el siglo II escribió el tratado *“Sobre las enfermedades y los cuidados de las mujeres”*, conformado por 63 capítulos sobre enfermedades del útero, el estómago y los riñones. Este tratado es considerado **el primer tratado de ginecología escrito por una mujer**. Cabe destacar que además de sus conocimiento teóricos, Metrodora también estuvo inmersa en la práctica clínica y menciona el uso del espéculo como parte de la exploración médica a mujeres. (Gregory y Markos, 2016)

Otra importante médica es **Aspasia de Mileto**, quien escribió sobre ginecología y obstetricia, estando especialmente interesada en la medicina preventiva en el embarazo. Su obra es plasmada en la colección médica de Aecio de Amida, durante el siglo VI d. C. Este fue el principal texto utilizado por las mujeres doctoras hasta la aparición de las obras de Trótula de Salerno en el siglo XI. (Gregory y Markos, 2016)

A pesar de que en la historia, el trabajo de las parteras es el más divulgado y conocido que se atribuye a las mujeres, el trabajo de las mujeres en el cuidado de la salud no se limitó a la atención durante el parto, sino al cuidado holístico de la salud de las mujeres antes y después del parto.

Trótula de Salerno, nacida posiblemente en 1110, escribió uno de los documentos de mayor relevancia para la historia por su visión holística sobre la salud de las mujeres, “Los tratados de Trótula”. Trótula fue doctora de la Escuela de Salerno, institución reconocida en Europa por vanguardista, y por ser la primera escuela Laica de Europa, al reconocerse como la primera escuela médica no regida por religiosos. Además permitía a las mujeres estudiar medicina general y no únicamente medicina especializada en mujeres.

Trótula menciona en sus tratados temas variados y avanzados a su tiempo sobre la salud de las mujeres, por ejemplo, habla sobre remedios para que las jóvenes que recién habían contraído matrimonio pudieran fingir la virginidad, además fue la primera persona en describir las manifestaciones de la sífilis en la piel, y afirma que la causa de infertilidad podría estar tanto en hombres como en mujeres. Además, recomienda el uso de opiáceos y otros remedios naturales para disminuir el dolor durante el parto.

La existencia de Trótula de Salerno fue puesta en duda e incluso se le cambió el nombre a Trótulo, atribuyendo así su obra a un hombre. María Rivera habla sobre este hecho en su libro “Textos y espacios de mujeres: Europa, siglo IV-XV”, en el que retoma lo dicho por Pina Cavallo, vinculando la masculinización de Trótula con el control de la ciencia y las relaciones sociales entre géneros. Dicho control surge de la separación de la magia natural y la magia negra; la primera vista como base de la ciencia y apropiada por los hombres, la segunda asociada a las mujeres y percibida como brujería de connotaciones oscuras y perseguida durante siglos, costando la vida de miles de mujeres. (Ferrer, 2018)

En 1797, **Martha Mears**, escribió el libro llamado “Pupila de la naturaleza: “Consejos sinceros para el sexo justo, sobre temas de embarazo, parto, enfermedades incidentes en ambos, Los efectos fatales de la ignorancia y la charlatanería, y los medios más aprobados para promover la salud, la fuerza y la belleza de sus descendientes”. En este libro de 10 ensayos, Martha describe el uso de los fórceps, además de sugerir medidas para evitar la fiebre puerperal, recomienda la práctica del amamantamiento como medio para la recuperación de las mujeres y anima a las mujeres a estudiar junto con los hombres. (Kipp, 2003)

Una de las responsables por el conocimiento actual sobre la anatomía de las mujeres es la médica **Helen O'Connell**, quien en 1993 se convirtió en la primera uróloga de Australia.

Cuando O'Connell estaba recibiendo su entrenamiento médico, notó que los cirujanos tenían especial cuidado para evitar nervios y vasos sanguíneos particulares para preservar la función sexual al extirpar la próstata en hombres que tenían cáncer de próstata. Preservar la función sexual en mujeres sometidas a cirugía pélvica se basaba más en conjeturas y suposiciones, ninguno de los libros

“Casi toda la investigación médica, y en particular la investigación sobre medicamentos se realiza en sujetos masculinos, ya sean animales o humanos. Ocho de cada diez medicamentos retirados del mercado entre 1997 y 2001 plantearon mayores riesgos para las mujeres que para los hombres. Por fin las personas hablan sobre el hecho de que las mujeres no están representadas en los estudios clínicos, pero hasta que la comunidad médica reconozca mejor la complejidad del cerebro y el cuerpo femenino, y cómo difieren de los hombres, estaremos en desventaja. No somos hombres, somos mujeres.”

Julie Holland (2015)

Especialidades con mayor número de hombres	Relación H:M	Especialidades con mayor número de mujeres	Relación M:H
Urología	45:1	Urología	4:1
Neurología	18:1	Neurología	3:1
Ortopedia y traumatología	14:1	Ortopedia y traumatología	3:1
Cirugía oncológica adultos	10:1	Cirugía oncológica adultos	2:1
Cirugía cardiotorácica	10:1	Cirugía cardiotorácica	2:1

Tabla 1. Especialidades de mayor contraste en la relación hombre/mujer (Gerhard, 2017)

de texto describía el suministro de nervios o sangre al clítoris. Helen O'Connell comenzó su propia investigación sobre el suministro de nervios y sangre de los genitales femeninos, a partir de la disección de cadáveres además de fotografías para capturar la estructura del clítoris. Su investigación evidenció que todo el clítoris, no solo el suministro de nervios y sangre, ha sido subestimado. El clítoris era en realidad más grande de lo que los libros de anatomía habían representado.(Enright,2019)

Este estudio fue publicado en 1998, "Anatomical Relationship Between Urethra And Clitoris" (O'Connell, H., Hutson, J., Anderson, C., y Plenter, R.,1998) . Este estudio mapeó y registró la extensión del clítoris por primera vez en la historia de la medicina, concluyendo que "las descripciones anatómicas actuales de la anatomía uretral y genital humana femenina son inexactas".

Cabe destacar que el clítoris es un órgano del que no se obtuvo información científica durante siglos y sobre el que incluso se debatió su existencia.

Podemos concluir entonces que las mujeres siempre han estado relacionadas con el cuidado de la salud de la mujer, desde la práctica médica, la investigación, la autoría y la difusión de textos médicos, a pesar de enfrentarse a obstáculos para realizar estudios formales en instituciones educativas o para acceder a información vital para su formación como médicas.

En la actualidad, ¿qué diferencia existe con la antigüedad en cuanto a la posibilidad de estudiar y ejercer medicina?, en comparación ¿existen mayores oportunidades para que las mujeres sean profesionales de la salud, en cualquiera de sus especialidades?. Según la Gaceta Médica de México (Gerhard, 2017), la especialidad de ginecología en México se encuentra dominada por hombres, siendo que de 15,689 especialistas registrados, 9,654 son hombres y 6,035 son mujeres. Además, de las 54 especialidades listadas, sólo 7 tienen mayor número de mujeres especialistas registradas. Este documento también nos informa sobre las especialidades de mayor contraste en la relación hombre/mujer. Urología, la de mayor contraste y dominada por especialistas hombres con una relación de 45:1 y Dermatología Pediátrica en el caso de las especialistas mujeres con una relación de 4:1

(tabla 1).

Estos datos hacen que surjan diversos cuestionamientos; considerando que la urología puede ser considerada especialidad homóloga a la ginecología ya que se encarga de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema genital de los hombres, ¿por qué es tan grande la diferencia en la relación entre especialistas mujeres y hombres en la ginecología pero no en la urología?, ¿qué causa que sean más los hombres que deciden y pueden especializarse en ginecología?, **¿por qué de las cinco especialidades dominadas por médicas, tres son pediátricas?, ¿estamos las mujeres inevitablemente vinculadas a la maternidad y trato a infantes incluso en nuestras profesiones?.**

En el caso de la especialidad de ginecología, esto es diferente en Estados Unidos. Según la Asociación de colegios médicos estadounidenses, en 2017 registraron a 23,740 (57%) mujeres como especialistas en ginecología y obstetricia, mientras que el número de hombres registrados bajo la misma especialidad fue de 17,879 (43%). La diferencia en estos porcentajes es mínima si la comparamos con la especialidad de urología, en la que el 91.3% es representado por especialistas hombres y el 8.7% por especialistas mujeres. (Association of American Medical Colleges, 2018)

Además, de 45 especialidades listadas solo 7 son encabezadas por mujeres, y la mayoría de estas especialidades, al igual que en México, están relacionadas con pediatría.

A pesar de lo que nos dicen estos datos, existe molestia por el ligero dominio de las mujeres médicas en ginecología, en el artículo "*Male doctors are disappearing from gynecology. Not everybody is thrilled about it*" (Los médicos varones están desapareciendo de la ginecología. No todos están encantados con eso), Soumya Karlamangla (Karlamangla, 2018), expone sobre esta estadística en Estados Unidos y resalta la inconformidad de los médicos hombres (practicantes y académicos) por ser "excluidos" de la especialidad de ginecología aún cuando dominan el 88% de las especialidades médicas restantes. ¿Por qué no existe una preocupación por la ausencia de mujeres médicas en las demás especialidades?, este artículo

también hace énfasis en el deseo de las pacientes de ser atendidas por médicas, deseo absolutamente válido, que debe ser respetado por cualquier especialista.

Conocimiento sobre nuestro cuerpo

Consideramos de suma importancia la educación y distribución de información verídica, laica y libre de prejuicios para que las mujeres, desde edades tempranas conozcamos y seamos familiares con los órganos que integran nuestro cuerpo, además de conocer las relaciones que estos órganos tienen con los síntomas y sensaciones que experimentamos tanto en consulta como fuera de ella. Para acercarnos a este tipo de conocimiento, es primordial nombrar los órganos que se encuentran en nuestros cuerpos y que están involucrados en la atención ginecológica.

Durante la edad media, las mujeres que poseían conocimientos sobre la sexualidad y los órganos sexuales femeninos eran consideradas brujas, por lo que eran asesinadas.

A lo largo de la historia, es evidente la falta de investigación sobre los órganos de las mujeres. Esta falta de interés para la investigación sobre nuestros cuerpos ha tenido consecuencias terribles para millones de mujeres en el mundo.

Durante muchos años se ignoró la existencia del clítoris, del himen, del periné, etcétera. Incluso la vulva, conformada por los órganos externos ha sido invisibilizada.

Hasta el día de hoy, es frecuente observar la confusión al utilizar la palabra vagina para referirse a la vulva y a todos los órganos sexuales externos. La vagina es la cavidad fibro-muscular interna que va desde el vestíbulo vaginal hasta el cuello del útero. Vulva en cambio es todo lo que podemos observar externamente de nuestros genitales.

Según el diccionario etimológico Etymonline(s/f), por su etimología vulva proviene del latín *volva* y se refiere a “matriz, órgano sexual femenino”, literalmente un “envoltorio” y con derivativos referentes a objetos curvados o encerrados, además se puede relacionar con el latín *volvere* “girar, rolar, revolver”. Según el diccionario inglés Oxford (Stevenson, 2010), la palabra vagina en su raíz en latín se refería a una vaina, objeto que guarda la espada.

A pesar de que la palabra para denominar a los órganos sexuales femeninos era vulva, el uso de la palabra vagina prevaleció por su referencia metafórica en relación a la penetración, y el pene como espada.

En el siguiente listado, además de hablar sobre los órganos externos, resaltamos dos órganos de gran importancia histórica; el himen y el clítoris.

Órganos externos

Vulva. Es la zona expuesta del aparato genitourinario, formada por los labios mayores y menores, clítoris, introito vaginal, meato urinario y el monte de venus.

Labios vaginales. Según Planned Parenthood, (2019) los labios vaginales son pliegues de piel alrededor de la abertura vaginal. Los labios mayores (labios externos) generalmente son carnosos y están cubiertos de vello púbico. Los labios menores (labios internos) están dentro de los externos. Empiezan en el clítoris y terminan debajo de la abertura vaginal.

Los labios vaginales pueden ser cortos o largos, arrugados o lisos. A menudo, un labio es más largo que el otro. También varían en el color: desde el rosa hasta un negro amarronado. El color de los labios vaginales puede cambiar a medida que se envejece. En muchas personas, los labios internos son más grandes que los externos, mientras que, en otras, los labios externos son más grandes que los internos. Ambos pares de labios son sensibles y se expanden durante la excitación sexual. (Planned Parenthood, s/f)

Clítoris, glande. La punta del clítoris (glande del clítoris) se encuentra en la parte superior de la vulva, donde se juntan los labios internos. Está cubierto por el capuchón del clítoris. Estudios de resonancia magnética han permitido obtener los siguientes datos sobre su tamaño, promedio. El diámetro transversal medio (+/- desviación estándar) del glande del clítoris es de 3.4 +/- 1.0 mm. El diámetro longitudinal del glande fue de 5.1 +/- 1.4 mm. La longitud total del clítoris, incluido el glande y el cuerpo, fue de 16.0 +/- 4.3 mm. El índice medio del clítoris fue de 18,5 mm². (Foldes y Buisson, 2009)

Abertura de la vagina. La abertura vaginal se encuentra justo debajo del orificio uretral por encima del ano. Es el punto de entrada a la vagina, que forma parte de los genitales internos.



Fig. 6 Sección sagital del cuerpo del clítoris. GL = glande; CB = cuerpo del clítoris; RA = rafe; IR = isquio; SK = glándulas de esqueleto; U = uretra; BU = bombilla; VA = vagina.



Fig. 7 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] Interior de la vagina



Fig. 8 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] . Cuello del útero



Fig. 9 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] . Cuello del útero

Monte de Venus. El monte de Venus es un montículo carnoso que se encuentra sobre la vulva. Después de atravesar la pubertad, está cubierto de vello púbico. Protege al hueso púbico.

Orificio uretral. El orificio uretral es una pequeña abertura por donde se orina que está ubicada justo debajo del clítoris.

Órganos internos

Vagina. La vagina es la cavidad fibro-muscular interna virtual que conecta el vestíbulo vaginal con el cuello del útero y el cérvix. Es elástica y se expande durante la excitación sexual.

Cuello uterino, cérvix. Órgano de transición entre la vagina y el útero. Esta abertura conecta el útero con la vagina. Esto le confiere características de suma importancia y es en el cambio de tejido donde se puede presentar crecimiento cancerígeno. El cuello uterino se puede dilatar.

Cuerpo del clítoris. Se extiende hacia abajo y hacia atrás, a ambos lados de la vagina. Esta parte, denominada tronco y cruras (raíces y piernas), mide aproximadamente 12.7 cm de largo.

El clítoris se compone de un tejido esponjoso que se expande durante la excitación sexual. Tiene miles de terminaciones nerviosas, más que cualquier otra parte del cuerpo humano.

Útero El útero es un órgano muscular de aproximadamente 7 cm. Durante la excitación sexual, la parte baja del útero se eleva hacia el ombligo. Esto hace que la vagina se expanda, lo que se conoce como “expansión del tubo vaginal”.

Tubas Uterinas. Anteriormente conocidas como trompas de Falopio, las tubas uterinas son 2 conductos angostos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero.

Franjas ováricas. Las franjas ováricas parecen dedos pequeños al final de cada tuba uterina. Cuando el ovario libera el óvulo, estas franjas lo empujan hasta la trompa.

Ovarios. Los ovarios almacenan los óvulos. También producen hormonas, entre ellas, los estrógenos, la progesterona y la testosterona. Estas hormonas controlan situaciones como el periodo menstrual y el embarazo. Durante la pubertad, los ovarios empiezan por liberar un óvulo periódicamente y hacen esto hasta la menopausia. A veces los ovarios liberan más de un óvulo. **Hay personas con vaginas y úteros sin función ovárica.**

Glándulas de Bartolino. Las glándulas de Bartolino se encuentran a ambos lados de la abertura vaginal. Liberan

un líquido que lubrica la vagina durante la excitación sexual.

Glándulas de Skene. Las glándulas de Skene se encuentran a ambos lados del orificio uretral. Liberan un fluido durante la eyaculación femenina. También se denominan “glándulas parauretrales” o “próstata femenina”.

Himen. Borde de un tejido en la abertura externa de la vagina en forma de dona o de media luna con un orificio central grande. Algunos tienen varios orificios, ranuras o solo un agujero. Son un rasgo permanente de la vagina.

Piso Pélvico. Según la Doctora Uchenna Ossai, terapeuta física del piso pélvico, este se define como un grupo de músculos en la pelvis que se sientan en forma de honda entre el hueso púbico en la parte delantera de la pelvis y el coxis en la parte posterior. Estos músculos estabilizan la pelvis y mantienen los órganos dentro, incluida la vejiga y el intestino, así como el útero.

Estos músculos se envuelven alrededor de la uretra, el ano y la vagina, controlando la apertura y el cierre de estos conductos. Este grupo muscular también se conecta al eje del pene e incluye los músculos elevador del ano, isquiocavernoso, bulbospongioso y coccígeo.

Mantener una buena salud en el piso pélvico es fundamental para evitar problemas en relaciones sexuales, embarazo y parto, orinar y defecar.

Conocer nuestros órganos y nombrarlos, es primordial para apropiarnos de los cuerpos que habitamos y que tantas veces viven en la otredad.

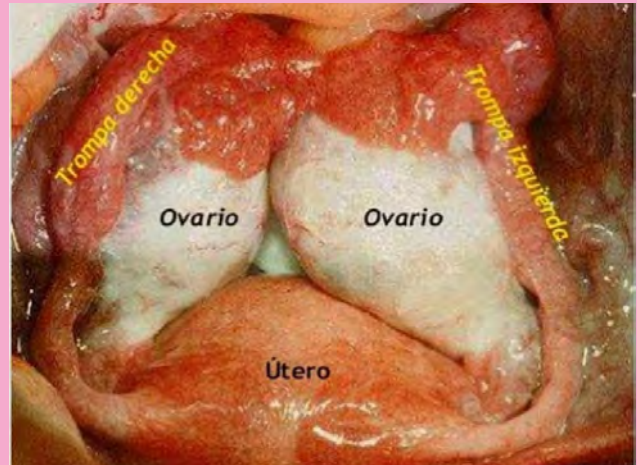


Fig. 10 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline]. Útero, ovarios y trompas

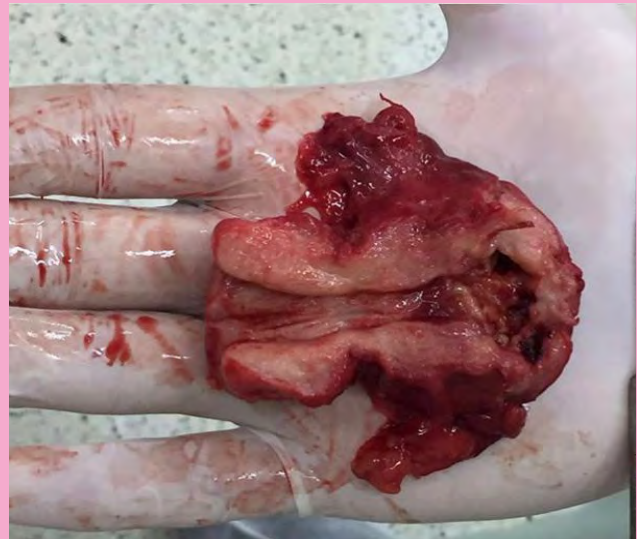


Fig. 11 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline]. Corte en útero

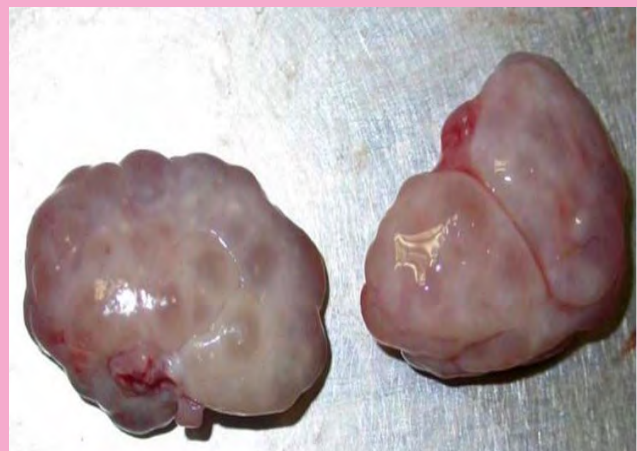


Fig. 12 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline]. Ovarios

Himen y clítoris

Más allá de las definiciones teóricas sobre el himen y el clítoris, nos parece fundamental hablar sobre su historia, llena de violencia hacia las mujeres.

Solo en algunos casos raros el himen cubre totalmente la abertura de la vagina en su totalidad. Esto es llamado “himen imperforado o microperforado.” Las personas con esta condición pueden tener cólicos menstruales normales pero la sangre no saldrá. En estos casos, las ginecólogas tendrán que hacer una incisión quirúrgica para abrir el himen y permitir que la sangre menstrual.

Como un ejemplo de los prejuicios respecto al himen y de cómo su mítica existencia prueba la virginidad de las mujeres, se dice que el himen se rompe y sangra después de la primer penetración sexual y la existencia de este sangrado es prueba la virginidad de la mujer. Esta historia, además de dar el poder a un hombre sobre lo que somos ante la sociedad, ha sido una herramienta para controlar la sexualidad de las mujeres alrededor del mundo y a lo largo de la historia. Mujeres han y siguen siendo avergonzadas, heridas y asesinadas por esta falsa y profundamente eclesiástica “virginidad”.

Sin embargo, este mito ha sido desmentido. De acuerdo con Hegazy y Al-Rukban (2012) en su documento “Hymen: Facts and conceptions” (Himen: realidades y percepciones), el himen es un delgado pliegue de membrana mucosa perforado para permitir la salida de la menstruación y la apertura del himen varía en diámetro y su configuración difiere drásticamente de una mujer a otra.

El himen, que representa un remanente embriológico, no permite conocer la historia sexual de ninguna mujer. Como Nina Dølvik Brochmann y Ellen Støkken Dahl mencionan en su ted talk en 2017 “The Virginity fraud” (El fraude de la virginidad), “La opresión sexual de las mujeres proviene de algo mucho más profundo que un simple malentendido anatómico sobre las propiedades del himen. Es una cuestión de control cultural y religioso de la sexualidad de las mujeres, y eso es mucho más difícil de cambiar. Pero debemos intentarlo”. (Brochmann y Støkken, 2017)

En 2009, la Asociación Sueca para la Educación Sexual propuso que para desafiar la noción tradicional de virginidad se cambie el nombre del himen a “coronavaginal”, además, recalca la importancia de comunicar que la “virginidad” es un concepto vago y basado en percepciones y mitos, principalmente sobre la sexualidad femenina, que deben dejar de difundirse.

Además, reconoce la carga cultural de ser considerada “virgen” y la culpa atribuida al no serlo, además del peligro que representa para las mujeres que este término

siga existiendo. (Knöfel, 2009)

El clítoris ha sido borrado e ignorado y se le ha buscado atribuir una función en la reproducción sin éxito, ya que el clítoris existe exclusivamente para proporcionar placer a la mujer. La doctora Julie Holland (2015) menciona que el clítoris es el órgano sexual primario de las mujeres, no la vagina.

El clítoris ha cargado con un gran peso en la esfera religiosa, al ser juzgado por estas comunidades en su mayoría como algo negativo y como motivo de avergonzamiento. Existe un gran peligro en esta visión misógina del clítoris, además de que es una negación al placer sexual femenino, se convierte en el blanco de violencia hacia las mujeres. El ejemplo más claro y devastador de esta violencia es la mutilación genital femenina (MGF).

Según la página web del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019), la MGF consiste en cualquier procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otro tipo de lesión por razones culturales o de otro tipo, pero no médicas. Bajo esta descripción, podemos considerar a la episiotomía como una forma de MGF, técnica sumamente utilizada en la actualidad por médicos en México y América Latina.

“A nivel mundial, se estima que más de 200 millones de niñas y mujeres han sido víctimas de algún tipo de MGF. Las niñas y mujeres víctimas de estas prácticas viven principalmente en África subsahariana y los Estados árabes, pero la MGF también se practica en algunos países de Asia, Europa del Este y América Latina” (UNFPA, 2019).

Según la información del Fondo de Población de las Naciones Unidas las complicaciones por este tipo de intervenciones quirúrgicas son:

Inmediatas: Dolor agudo, conmoción, hemorragia, tétanos o infección, retención de orina, ulceración de la zona genital y lesión del tejido adyacente, infección de la herida, infección de orina, fiebre y septicemia. Las hemorragias y las infecciones pueden ser tan graves que llegan a causar la muerte.

A largo plazo: Anemia, formación de quistes y abscesos, formación de tejido que loide, daño a la uretra que produce incontinencia urinaria, dispareunia (coito doloroso), disfunción sexual, hipersensibilidad de la zona genital, mayor riesgo de transmisión del VIH, complicaciones durante el parto y efectos psicológicos.

Según la misma fuente, las razones que se dan para justificar la práctica de la MGF entran dentro de cinco categorías:

•**Psicosexuales:** La MGF se realiza como una forma de controlar la sexualidad de la mujer, que a veces

se cree que es insaciable si parte de los genitales, sobre todo el clítoris, no se extirpa. Se piensa que asegura la virginidad antes del matrimonio y la fidelidad después, y que aumenta el placer sexual masculino.

•**Sociológicas y culturales:** La MGF es vista como parte del rito de iniciación que marca la transición de niña a mujer y como una parte intrínseca de la herencia cultural de una comunidad. A veces los mitos sobre los genitales femeninos (por ejemplo, que un clítoris no extirpado crecerá hasta alcanzar el tamaño de un pene, o que la MGF aumentará la fertilidad o ayudará a la supervivencia del hijo) perpetúan la práctica.

•**Higiénicas y estéticas:** En algunas comunidades, los genitales femeninos externos se consideran sucios y feos y se extirpan ostensiblemente para promover la higiene y el atractivo estético.

•**De tipo religioso:** Aunque ni el islam ni el cristianismo aprueban la MGF, suele utilizarse una supuesta doctrina religiosa para justificar la práctica.

•**Socioeconómicos:** En muchas comunidades, la MGF es un requisito previo al matrimonio. Allí donde la mujer depende en gran medida del hombre, la necesidad económica puede ser un potente impulsor del procedimiento. A veces la MGF es un requisito previo para obtener el derecho de herencia. También puede ser una gran fuente de ingresos para los profesionales. (UNFPA, 2019).

Resulta importante mencionar en esta parte de nuestro documento, que los órganos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido muchas veces, nombrados por y en honor de hombres. Ejemplos como el de Gabriel Fallopián demuestran una especie de conquista sobre territorios que ellos han explorado. También podemos mencionar en el caso del “himen”, que además de representar control sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, fue nombrado en honor del Dios griego del matrimonio, “Hymen”. Así, los hombres y los dioses han sido inmortalizados en nuestra anatomía y es hasta este momento histórico en el que comenzamos a cuestionarnos lo que esto representa en nuestras vidas y nuestra percepción del mundo. Con propuestas como la de la Asociación Sueca para la Educación Sexual sobre cambiar el nombre del himen, se puede vislumbrar un cambio en el lenguaje y en la forma de relacionarnos con nuestros cuerpos.

Tengo un clítoris y todavía sé lo que se siente estar insegura de la palabra; insegura de su poder y significado; acerca de decirlo en voz alta; incluso insegura, sobre tocarlo o mirarlo. Perpetuamos la inseguridad con nuestros silencios y con nuestra aceptación de las mentiras.”

Lynn Enright. Vagina: A re-education (2019)

Salud sexual y reproductiva de la mujer

La comunidad internacional, ha definido la salud sexual y reproductiva como el “estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia” (UNFPA, s/f).

Uno de los aspectos más destacados en el ejercicio del derecho de las mujeres a una vida saludable pero sobre todo al derecho a la integridad corporal, es el derecho a la salud reproductiva.

Para efectos de este capítulo, desagruparemos salud sexual y reproductiva, ya que consideramos crucial para las finalidades de este proyecto la visibilización de la salud sexual. Entendiéndola como el cuidado a los órganos sexuales independientemente de la función reproductiva.

Estimaciones realizadas con encuestas demográficas revelaron que en 1970 la Tasa Global de Fecundidad (TGF) era de 6.72 hijos por mujer, indicador que disminuyó para 1990 a 3.35 hijos y para 2012 a 2.21 hijos (CONAPO 2018). Lo que indica la disminución de natalidad en México, siguiendo a su vez una tendencia mundial.

Tomando en cuenta que el promedio de tiempo de gestación es de nueve meses, y según la estimación anterior, cada mujer en promedio se embaraza dos veces, las mujeres en México pasan 18 meses de su vida en estado gestante. Comparando 18 meses con la esperanza de vida de 78 años para mujeres (INEGI 2016), resultan 61.5 años (sin tomar en cuenta los primeros 15 años de vida) de necesidad de atención médica ginecológica no relacionada con la gestación y parto.

Entre los procedimientos más comunes en la atención se encuentran revisiones anuales preventivas o de seguimiento, tratamiento de infecciones, aplicación de métodos anticonceptivos, ILE (Interrupción Legal del Embarazo), toma de muestras, entre otros tratamientos, que no son tan visibles pero repercuten de manera importante en la salud de las pacientes y a su vez en la salud pública. Por lo que consideramos pertinente y urgentemente necesaria la atención y mejoras en salud sexual.

Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su sitio web, se refiere a salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y

violencia” (OMS, s/f).

Siguiendo esta definición, los especialistas en salud sexual deberán ejercer acorde a principios de derechos humanos que aseguren un tratamiento libre de prejuicios, discriminaciones y/o falta de empatía en cualquier fase de la consulta y cuidado, proporcionando atención médica digna.

Creemos pertinente enfatizar que la salud sexual no está única y exclusivamente ligada a lo relacionado con el acto sexual y la reproducción. Engloba el cuidado de los órganos sexuales, atiende patologías consecuencia de procesos hormonales, predisposiciones hereditarias, accidentes, entre muchas otras. Aclaraciones como estas ayudan a desestigmatizar la búsqueda de atención de salud sexual.

El sitio web de la OMS, en su apartado de salud sexual y reproductiva, enlista como temas de salud, los siguientes: (OMS, s/f)

- Aborto
- Adolescentes
- Cáncer cervical
- Sífilis congénita
- Anticoncepción
- Mutilación genital femenina
- Infertilidad
- Salud materna y perinatal
- Infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductor
- Salud sexual
- Nacimientos de niñas y niños muertos
- Violencia contra la mujer

Salud reproductiva

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de la mujer y el hombre a obtener información de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos y reconocer la situación de desigualdad social, económica y política.

Una de las consecuencias de la falta de educación sexual

de calidad y falta de recursos en el nivel de prevención para generar conocimiento y erradicar mitos, estereotipos y tabúes sobre la sexualidad, es el escalamiento de enfermedades en los órganos sexuales y los órganos reproductivos, llegando en última etapa a cánceres ginecológicos.

Situación en México

Según datos de INEGI, en el 2020 residen 126,014,024 personas en México, de las cuales 51.2% son mujeres. (INEGI, 2020)

El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos. La mujeres pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo ha sido claro que el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención, se realiza desde la mirada androcéntrica del varón. Por lo que ahora se habla y se necesita de presupuestos con perspectiva de género.

Según la ONU Mujeres México, el presupuesto sensible al género, es aquel cuya planeación, programación y presupuesto contribuye al avance de la igualdad de género y la realización de los derechos de las mujeres. (ONU, s/f)

Virus del papiloma humano

Es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, el VPH es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas genitales o cáncer. Dos subtipos de VPH (los tipos 6 y 11) causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. Las verrugas son causadas por un tipo del VPH de bajo riesgo, ya que no provocan cáncer ni otros problemas graves de salud.

Al menos una docena de tipos de VPH pueden provocar cáncer, si bien dos en particular (los tipos 16 y 18) son los causantes de la mayoría de los casos. A estos se los denomina VPH de alto riesgo. El cáncer cervical es comúnmente asociado al VPH, pero el VPH también puede causar cáncer en vulva, vagina, pene, ano, boca y garganta. (Planned Parenthood, s/f)

Mortalidad en México por Cánceres Ginecológicos

Presentamos el estado actual de la salud de las mujeres y pv, referente a las enfermedades ginecológicas con mayor mortalidad a nivel nacional.

Después presentaremos la problemática a la que buscamos responder: la presencia de violencia en el Sistema de Salud en México y la deshumanización de la interacción médica(o)-paciente en la especialidad de ginecología.

Se les denomina como cánceres ginecológicos a aquellos cánceres que aparecen en cualquier órgano sexual de las mujeres y pv: vulva, vagina, cuello uterino, útero, trompas uterinas y ovarios.

Situación epidemiológica del cáncer de cuello del útero en México

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es considerado un problema de salud pública. En México, desde el año 2006, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

En el año 2015, se registraron 3,071 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino, con una tasa de incidencia de 6.01 casos por cada 100,000 habitantes femeninas mayores de 10 años. (Op, p. 23-25)

La distribución de los casos en México muestra un incremento a partir de los 35 años de edad, siendo el grupo de 50 a 59 años quien registra el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos.

La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectarlo oportunamente, que lo hace ser una neoplasia 100% prevenible.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial. Se estima que por esta causa mueren globalmente cada año 270 mil mujeres. La tasa de mortalidad estandarizada por edad para esta enfermedad fue de 6.8 muertes por 100.000 mujeres en 2012.

La importancia que tiene el CaCu para la salud pública radica en su prevención y control, ya que esta enfermedad se relaciona con la presencia del virus del papiloma humano (VPH), virus para el cual se han desarrollado dos vacunas que protegen contra el VPH-16 y VPH-18, que causan más de 70% de los casos de CaCu. Existen, además, pruebas de detección temprana y eficaces que permiten la detección de lesiones precancerosas que pueden ser fácilmente tratables para evitar el desarrollo del CaCu. (Ávila, Montañez, Cahuana, y Ventura, 2017)

Según el informe de Cuentas en salud reproductiva y equidad de género 2015 se observa que para las mujeres menores de 45 años las tasas de mortalidad por CaCu disminuyó en el periodo entre 1990 y 2015; por el contrario, en las mayores de 45 años las tasas se incrementaron. (Op, p.28)

Ello señala la importancia de que los programas de prevención y control para CaCu requieren reforzar las acciones principalmente en mujeres de 45 años y más.

AVISA por cáncer cervicouterino, por grupo de edad. México: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015

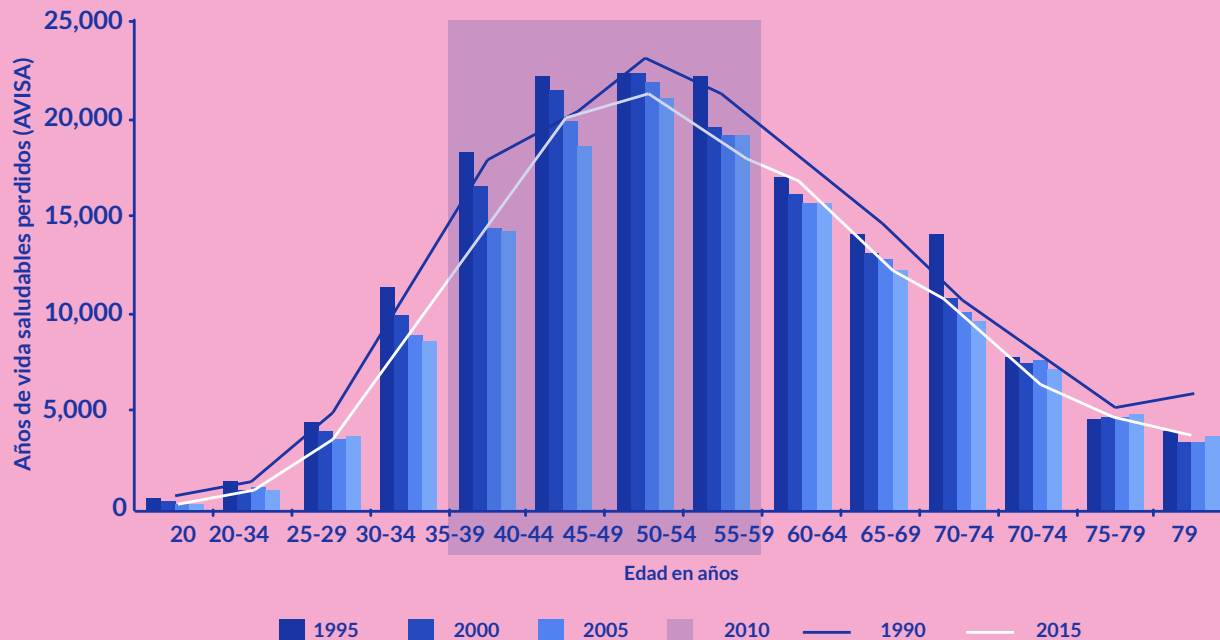


Tabla 2. Edades con mayor incidencia de CACU Instituto Nacional de Salud Pública (MX)/Secretaría de Salud (MX), 2017

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Estudio de Carga Global de la Enfermedad 2015 del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud

Cáncer de mama

Según la secretaría de Salud, el cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la mama. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. (Secretaría de Salud s/f)

A diferencia de la mayoría de los cánceres ginecológicos, la prevención no podría eliminar la mayoría de casos de cáncer de mama. Influidando más para la recuperación la etapa en la que la enfermedad sea diagnosticada, para lo que es vital el conocimiento de los síntomas. Como menciona la Organización Mundial de la Salud OMS, “la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama”. (OMS, s/f)

Exámenes preventivos

Los cánceres ginecológicos, en su mayoría son prevenibles. Consideramos que como parte de la educación sexual altamente necesaria en México, es importante saber en qué consisten los exámenes preventivos realizados en el consultorio de ginecología. Conocer los pasos de cada uno de estos exámenes y en qué momento es necesario realizarlos es vital para mejorar la salud sexual de las mujeres.

Exámenes pélvicos

Durante un examen pélvico, una ginecologa o enfermera

examina la vulva y los órganos reproductivos internos (vagina, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio, y útero) A continuación, explicamos lo que, de manera general sucede en un examen pélvico:

Fases

Planned Parenthood menciona que en general, el examen pélvico tiene 3 o 4 fases:

1. **El examen externo:** la ginecóloga observa la vulva y la abertura de la vagina en busca de algún signo de quistes, flujo anormal, verrugas genitales, irritación u otros problemas.
2. **El examen con espéculo:** la ginecóloga introduce un espéculo en la vagina. El espéculo está hecho de metal o de plástico. Este instrumento separa las paredes de la vagina cuando se abre.

A continuación la ginecóloga utilizará una espátula o un cepillo para recoger muestras de células del cuello uterino. Esta muestra se lleva después a un laboratorio para una prueba de Papanicolaou y también para realizar pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (como la clamidia o la gonorrea) u otras infecciones, la ginecóloga usará un hisopo de algodón para tomar una muestra del flujo del cuello uterino. Esa muestra se someterá a análisis.

3. **El examen bimanual:** Durante esta parte del examen, la ginecóloga introduce 1 o 2 dedos enguantados y lubricados en la vagina y, con la otra mano, presiona suavemente la

parte baja del abdomen. Esta es una manera de revisar lo siguiente:

- El tamaño, la forma y la posición del útero.
- Sensibilidad o dolor, lo que podría indicar una infección u otras afecciones.
- Si los ovarios o las tubas uterinas están más grandes que lo normal, o si hay quistes o tumores.

4. El examen rectovaginal: Es posible que la ginecóloga o especialista te introduzca un dedo enguantado en el recto. Este procedimiento examina los músculos entre la vagina y el ano. También busca tumores detrás del útero, en la parte baja de la pared de la vagina o en el recto. Algunas ginecólogas introducen otro dedo en la vagina mientras hacen esto, lo que les permite examinar el tejido intermedio de forma más rigurosa.

Papanicolau o citología vaginal

La citología cervical o cérvico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino.

Actualmente es un método imprescindible para la detección del cáncer cérvico uterino, en sus etapas iniciales y otras anormalidades de los órganos. Este estudio es una prueba de tamizaje basada en una cadena de procedimientos a partir de la obtención por raspado o cepillado, para formar una monocapa del material en un portaobjeto, para después ser preservado con una solución fijadora y teñido correctamente en el laboratorio para su interpretación.

Las responsables del procedimiento son: el personal de enfermería y las ginecólogas de las unidades de salud, siendo necesario que estén debidamente capacitadas ya que todos los pasos de este procedimiento repercutirán en el objetivo final, que es identificar lesiones precursoras y cáncer.

Esta prueba es ampliamente reconocida por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. En el año 2000 se reportaron más de 37.000 muertes por este cáncer en América, de las cuales 83.9% ocurrieron en América Latina. (Varela, 2005)

Varela también explica que además de la detección de lesiones premalignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente y presencia de microorganismos. La fortaleza del método se basa en décadas de experiencia en su uso, bajo costo, alta especificidad y que las lesiones identificadas pueden ser fácilmente tratables.

Observamos que para la realización de todos los procedimientos de la cita ginecológica se indica el uso del espéculo vaginal. Instrumento icónico para la historia de la medicina, que como todo objeto, comunica su historia y refleja a la sociedad, a través de su diseño.

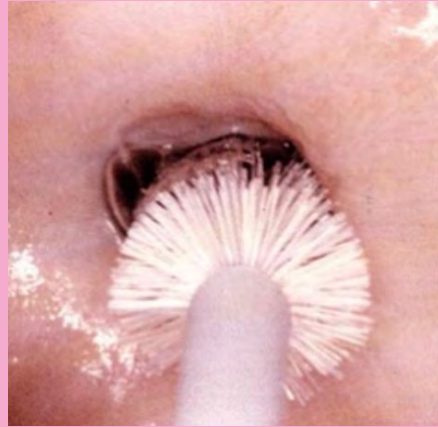


Fig. 13 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] Papanicolau

*“Intenta relajar el estómago y los músculos vaginales lo más que puedas. Esto te dará mayor comodidad.”**
Planned Parenthood (2016)

*Consejo incluido en el sitio web de Planned Parenthood, demostrando que se conoce sobre los beneficios de la relajación, pero sin proporcionar elementos en clínicas que faciliten este estado.

Espéculo vaginal

Nombrado así a partir del latín speculum, derivado a su vez del latín arcaico specere “mirar”. El espéculo vaginal es un objeto utilizado para observar el cérvix, separando las paredes vaginales.

El espéculo es un objeto considerado “imprescindible” por muchas y muchos ginecólogos, que no imaginan la práctica de su especialidad sin el uso de este.

El espéculo vaginal tiene dos hojas o valvas que se separan mediante un mecanismo de tornillo para abrir y cerrar las valvas.

Dividiremos los tipos de espéculo existentes por su uso: desechables y reutilizables y su forma: Cusco, Collin y Kogan

Uso

Los espéculos desechables son fabricados en poliestireno cristal, este tipo de espéculo puede contar con dos tipos de cierre para asegurar la apertura de las valvas: de cremallera y rosca

Los espéculos reutilizables son fabricados en acero inoxidable, y son esterilizados en autoclave después de cada uso.

Además del cambio de material, la única diferencia entre estos dos tipos de espéculo, es la forma de asegurar la posición de las valvas. Mientras que en el modelo plástico se tiene un sistema de ñeta y trinquete, en el modelo metálico se tiene un sistema de cuerda.

Forma

Cusco. Usado en exploraciones de rutina

Collin. Está formado por dos valvas. Las partes son desmontables. Usado en exploraciones de rutina

Kogan. Usado en colposcopias

Actualidad

El espéculo es un objeto cotidiano en las salas de consulta ginecológica en todo el mundo y es un objeto que las ginecólogas consideran indispensable para la atención de sus pacientes. A pesar de las quejas de las mujeres sobre la necesidad de un rediseño de este icónico objeto, las propuestas como el espéculo inflable FemSpec no han sido aceptadas en la comunidad médica. Actualmente figura entre la comunidad de diseño, “Yona” un nuevo espéculo diseñado por mujeres, que aún se encuentra en fase de desarrollo.



Fig. 14 S/N Espéculo Collin reutilizable



Fig. 15 S/N Espéculo desechable



Fig. 16 S/N Espéculo Collin



Fig. 18 Frog. Espéculo Yona



Fig. 17 S/N Espéculo Kogan

“...la lucha por una atención médica decente no debe ser únicamente sobre la defensa del status quo. Debe mirar hacia un futuro en el que las necesidades de cada paciente sean valoradas y priorizadas, las y los médicos tengan el tiempo y la energía para escuchar, y podamos elegir entre la gran cantidad de opciones que la medicina moderna tiene para ofrecernos”.

Jamie Peck (2019)

Cuidado complementario no medicalizado. Autoconocimiento y ginecología natural¹

La investigadora y partera chilena Pabla Pérez San Martín, es una de las principales promotoras y exponentes de este concepto de ginecología. Pabla nos cuestiona la necesidad de la medicina en la primera edición de su “Manual introductorio a la ginecología natural” (2015). La respuesta es sí, la necesitamos pero el primer paso hacia una sanación está en el autoconocimiento, afirmando que a través del autoconocimiento y redescubrimiento de nuestros cuerpos surgirá el poder para curarnos, además de protegernos de la experimentación y los malos tratos.

El concepto de ginecología natural, parte de la medicina tradicional latinoamericana y es definido como un conjunto de conocimientos transmitidos por mujeres de generación en generación.

Entre sus principios, destaca la importancia del autoconocimiento de nuestros cuerpos, identificando sus ciclos (ovulación, fertilidad, y menstruación) y las reacciones biológicas que cada una de estas etapas representa.

La práctica de la ginecología natural además, impulsa la autoexploración para la detección de comportamientos inusuales del cuerpo y su sanación a través de remedios herbolarios. Más allá del uso de herbolaria, en la ginecología natural se destaca la importancia de la conexión con nuestro propio cuerpo.

Por otro lado, la ginecología natural nos presenta propuestas alternativas en el tratamiento del dolor. Tuvimos la oportunidad de hablar sobre este tema con Pamela Ballesteros, mujer mexicana experta en esta alternativa. Ella menciona que el uso de plantas como lavanda y manzanilla, ayudan a conllevar el estrés provocado en consulta, además para el control del dolor cualquier pomada orgánica hecha artesanalmente (con aceites vegetales y plantas medicinales) puede ser usada como lubricante, a nivel externo en la vulva.

Para relajar o adormecer externamente el área Pamela propone utilizar pomadas de plantas desinflamantes como el árnica.

Este tipo de tratamientos, son completamente decisión de la paciente para uso personal, atendiendo siempre a las reacciones que los ingredientes puedan causar en cada cuerpo.

En el caso de los lubricantes, la opción presentada por Pamela Ballesteros, se trata de una preparación

NO ESTÉRIL, por lo que esta no podría ser utilizada en consulta, existiendo para estos fines, lubricantes estériles de grado médico. Sin embargo, a través de la ginecología natural, se ha podido controlar y reducir el dolor durante los ciclos menstruales, además de lograr un conocimiento de los procesos naturales de nuestros cuerpos y su importancia.

La ginecología natural no busca excluir a las y los profesionistas de la ginecología, pero sí busca que las mujeres y las personas con vulva, conozcan y reconozcan sus cuerpos y lo que experimentan. Para así poder tener una participación en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones en conjunto.

Ejerciendo formas de generar conocimiento acordes a los valores de esta tesis, presentamos información generada en gran diversidad de ambientes, desde la investigación académica como el conocimiento heredado y autogenerado, como el uso de plantas y sus propiedades.

Autocuidado no es cuidado médico “*Self-care isn't healthcare*”

En los últimos años, ha ganado popularidad el conjunto de servicios de “autocuidado” o “*selfcare*” en inglés. Estos servicios de bienestar, como masajes, aromaterapia, cristaloterapia entre otras terapias alternativas se han convertido en otra opción para muchas personas que han recibido una atención insatisfactoria del servicio médico. Cabe aclarar que estas alternativas no son cuidado médico y no deberían ser intercambiables. El cuidado médico no es sustituible.

Retomando ideas desarrolladas por Dana Smith (2019) en su ensayo “La paradoja del autocuidado”; la exclusión de décadas de investigación sobre condiciones de la salud de la mujer y el dolor han contribuido al sufrimiento innecesario de las mujeres, e incluso a la muerte, como reacción a esta exclusión, mujeres acuden a otros servicios alternativos en los que su dolor y malestares sean escuchados y reconocidos.

"Si bien este tipo de atenciones son válidas y en algunos casos necesarias, vuelven del bienestar, que es un derecho humano, un lujo".

Esto no significa que todas las herramientas para alcanzar un estado de bienestar, no tengan valor y sean sólo un producto a la venta. En realidad la medicina occidental se enriquecería al retomar algunos de los principios

1. Ginecología Natural: Término consensuado para referirse al cúmulo de conocimientos no medicalizados de la atención sexual y reproductiva. Es importante aclarar que no es considerada una ciencia.

fundamentales del bienestar, comenzando por ver a una persona como un todo. Al aplicar un enfoque holístico, se toma en consideración la salud mental y física, con resultados comprobables. La práctica médica podría aprender y aplicar herramientas de los servicios del bienestar, especialmente cuando se trata de inteligencia emocional y una mejor comunicación.

Como ejemplo hemos observado que en las plataformas digitales de búsqueda, los comentarios de pacientes le atribuyen la misma importancia y en algunos casos mayor, a cómo los hizo sentir la médica(o), por ejemplo si escucharon con atención sus inquietudes, y tuvieron un trato empático y amable, que a la rigurosidad de su práctica. Las médicas y médicos saben más sobre el funcionamiento del cuerpo humano que la persona que están examinando, pero la paciente tiene más experiencia sobre su propio cuerpo. Las médicas y médicos necesitan escucharles y creerles cuando dicen que algo está mal. Estas son las bases de construcción para un cuidado médico con procedimientos y resultados sostenibles, superando las tendencias y por lo tanto, estado pasajero de las prácticas comerciales del cuidado.

Podemos concluir que utilizamos los productos de consumo del autocuidado, (dirigidos específicamente a las mujeres), porque no tenemos instituciones de salud nacional encargadas del bienestar y tratamiento del dolor.

Dolor

Consideramos sumamente importante mencionar el dolor involucrado en los procedimientos ginecológicos, ya que es poco visibilizado e incluso invisibilizado por parte de las y los especialistas y el mismo sistema de salud público y privado. Esta invisibilización no es nueva en el ámbito médico. Encontramos el caso de la “histeria”, derivado del griego *hystera* cuyo significado es útero. La histeria fue un diagnóstico exclusivo para las mujeres a partir de síntomas como malestar general, dolores de cabeza, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, fatiga, baja libido, alta libido, y retención de líquidos. Uno de los tratamientos para la histeria consistía en la extirpación quirúrgica del clítoris. El término histeria actualmente está relacionado con una enfermedad psicológica.

Este es un claro ejemplo de la poca investigación sobre el dolor en los cuerpos de las mujeres, invisibilización que tiene consecuencias de por vida para las mujeres que son mal diagnosticadas.

La doctora Julie Holland (2015), escribe sobre la falta de investigación sobre nuestros cuerpos, y compara el caso de la histeria, (término no utilizado actualmente) con la fibromialgia, cuyos síntomas incluyen dolor muscular, dolor en articulaciones y agotamiento. A pesar de presentarse los mismo síntomas, los hombres no son

diagnosticados con fibromialgia en la misma medida que las mujeres. Holland desde su experiencia médica, habla del mal diagnóstico de fibromialgia en sus pacientes, por la rapidez del personal de medicina para diagnosticar a las mujeres, cuando las enfermedades detrás de estos síntomas van desde la enfermedad de Lyme, artritis y lupus, hasta el cáncer de ovarios.

Holland nos habla más sobre la falta de investigación sobre el dolor en las mujeres, explicando por qué, a nivel biológico nuestros cuerpos sienten más dolor que los cuerpos de los hombres. “Las mujeres tienen umbrales más bajos para el dolor, experimentan una mayor intensidad del dolor y tienen una menor tolerancia al dolor inducido experimentalmente. Las mujeres también son más propensas a notar dolores y molestias en sus cuerpos, debido a sus bases neurológicas. Tenemos más receptores de serotonina para procesar el dolor y nuestras hormonas estrógeno y progesterona afectan la transmisión de endorfinas y los receptores de opiáceos, lo que lleva a mayor percepción del dolor.”

El dolor puede y es tratado con anestesia local, pero esta opción no siempre es considerada por las y los especialistas, ya que como nos mencionó la ginecóloga Olga Gómez en entrevista, especialistas consideran que la anestesia puede interferir en el control químico de la toma de muestras. Este tipo de alteraciones no están comprobadas, pero tampoco está comprobado lo contrario, por lo que el uso de anestésicos locales es decisión de la o el especialista en turno. Este “punto ciego” es otro ejemplo de la falta de investigación en el campo de la ginecología y la atención médica centrada en la paciente.

Otro de los factores que intervienen en la experiencia de la consulta médica y la exploración física por parte de la o el especialista, es el uso de lubricantes en el espéculo.

Manuales como el publicado por la Secretaría de Salud (2006) refieren que el uso de lubricantes podría interferir en los resultados de la citología, por lo que menciona que “...se debe evitar el uso de lubricantes... ya que ocasionan que las células se cubran por una capa, que impide la interpretación citológica”. Esta afirmación es encontrada en otras referencias médicas y es difundida por especialistas.

Al ser un tema tan polarizado en la comunidad médica, se han realizados diferentes estudios como el de Griffith, Stuart, Gluck, y Heartwell (2005), quienes concluyen que **el uso de una pequeña cantidad de lubricante en gel soluble en agua en la lámina inferior externa del espéculo vaginal de plástico no cambia los resultados de la citología cervical** en una población joven en edad reproductiva. Además concluyen que deberían hacerse esfuerzos para minimizar el dolor asociado a los exámenes

pélvicos y que la lubricación del espéculo vaginal puede disminuir las molestias asociadas con su inserción. Al proporcionar un examen pélvico más cómodo, se podría mejorar la tasa de cumplimientos de exámenes anuales y a la vez, aumentar la detección temprana de cáncer cervical y ETS.

Actualmente, en algunos manuales (por ejemplo: ¿Qué es un examen pélvico?, Planned Parenthood. Manual de procedimientos para la toma de muestra de Citología Cervical, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, citados anteriormente) sobre técnicas de examinación y toma de muestras, no se habla de la existencia de dolor severo; se asegura que los procedimientos “deberían” ser indoloros, y sólo en algunos casos se reconoce la posibilidad de que exista incomodidad o dolor leve. Difundiendo información confusa tanto a personal médico como a mujeres, dando a creer que no es normal si existe dolor, ni aclarando que es completamente relativo al cuerpo de cada persona, ni tomando en cuenta que es más común la presencia de dolor, que la ausencia de este. Lo que resulta en una invisibilización del dolor, que impide implementar cuidados de atención, como el uso de anestesia, analgésicos, calor, lubricantes, o cuidados no medicalizados como la terapia hablada que atiendan el dolor.

Como lo menciona Jamie Peck (2019), en su artículo “Getting an IUD Doesn’t have to hurt like hell” (Ponerse un DIU no tiene que doler como el infierno) el rango de dolor (en este caso por la colocación del DIU), varía dependiendo de las características específicas de los órganos internos en cada cuerpo. Para este procedimiento, la sedación no es común, ya que involucraría el uso de fármacos potencialmente peligrosos. En algunos casos se provee de analgésicos comprimidos después de terminada la colocación, pero de nuevo, no es la norma.

En entrevista con la médica Olga Gómez, desde su formación en derechos humanos, nos menciona los tratamientos que sugiere y aplica. Uno de ellos es la aplicación tópica de lidocaína. Este tipo de aplicaciones, nos menciona, no es aceptada por un amplio número de profesionales de la salud ginecológica, ya que se cree que puede provocar alteraciones en la toma de muestras. La médica Olga también hace valer otros recursos. Antes del procedimiento: la terapia hablada y toma de infusiones herbales, después del procedimiento: analgésicos comprimidos.

Para Elena G., estudiante de enfermería, el tema del dolor parece menospreciado en el área de la salud por varias razones; que depende del umbral de dolor de cada persona y no es comprobable o visible, falta de empatía y falta de estudio sobre el dolor y su tratamiento.

Regresando al artículo de Peck, ella analiza las posibles

razones por las que el tratamiento medicalizado de dolor no es una norma en el servicio de atención ginecológico; una de ellas, el tiempo y recursos económicos extra que supondrían una atención focalizada en el control y posible eliminación del dolor en los procedimientos ginecológicos, otra de las posibles razones es la obligación de cumplir con requisitos reglamentarios extraordinarios para la incorporación de, por ejemplo, la aplicación de anestesia general en un consultorio.

Conclusiones

Podemos entender que la ginecología se enfoca en el diagnóstico, sanación y prevención de enfermedades en los órganos sexuales de las mujeres. Sin embargo, la ginecología no es comunmente asociada con sensaciones positivas, de cuidado o siquiera preventivas.

A lo largo de la historia humana y de la historia de la medicina, el conocimiento y las experiencias de las mujeres han sido borradas de la historia oficial. La medicina ginecológica ha sido escrita por hombres a partir de nuestros cuerpos y así también han sido desarrollados los artefactos utilizados durante los procedimientos ginecológicos. Más allá del estricto uso médico que podría representar para especialistas, el uso del espéculo no ha perdido connotaciones negativas con el paso del tiempo. Históricamente, este objeto ha tenido significados distintos, y actualmente sigue siendo usado como un instrumento de poder sobre mujeres alrededor del mundo. El espéculo utilizado en situaciones no médicas ejemplifica la responsabilidad del diseño para considerar al objeto en los mejores y en los peores escenarios posibles.

Como mujeres que han sido tratadas médicamente con un espéculo, conocemos las sensaciones involucradas al sentirlo dentro de nuestro cuerpo y como diseñadoras sabemos que a partir del diseño esas sensaciones pueden cambiar. La realidad actual exige la evolución en la experiencia de las consultas médicas, la divulgación de información verídica y la educación con enfoque de género. Esta evolución debe ser diseñada por y para las mujeres. Como diseñadoras tenemos un claro derecho y obligación ética: rediseñar todos los objetos que están destinados a uso médico en mujeres, objetos que suelen ser invasivos y/o violentos. Además, nosotras podemos imaginar y prever un mayor número de escenarios.

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA, PROMETO SOLEMNEMENTE:

DEDICAR mi vida al servicio de la humanidad;
VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;
RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;
VELAR con el máximo respeto por la vida humana;
NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;
EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;
PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;
CUIDAR de mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;
NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;
HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

"Promesa del médico". Declaración de Ginebra (1948)

2.0
VIOLENCIA

Quien cuida no tropieza. No falta, no se enferma. Quien cuida va mirando hacia abajo para advertir los pliegues más pequeños del asfalto, porque cuidar es ver peligros en todos lados y es cierto que en todos lados hay peligros, hasta adentro de lo cuidado. Quizá por eso el grito de batalla en el español (al menos en el mexicano) para cuando vemos que alguien está a punto de ponerse en riesgo a sí mismo invoca a esa palabra que pone de inmediato en alerta: ¡CUIDADO!, exclamamos justo en el momento en que pensamos que podemos evitarle a alguien un mal rato.

Alejandra Eme Vázquez. *Su cuerpo dejarán* (2019)

ALEJANDRA

En México, la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. Esta violencia es replicada en todas las esferas sociales del país, una de ellas, la atención médica. Consideramos también como violencia a la invisibilización de las mujeres en la historia de la medicina y cuidado de la salud.

Las mujeres han sido percibidas en la historia como cuidadoras, lo cual ha sido una carga social y cultural, bajo la que de manera consciente e inconsciente hemos vivido y hemos organizado nuestro tiempo. Lo cual está conectado directamente con el tiempo que dedicamos al cuidado de nuestra salud.

La cultura de los cuidados. Amor que invisibiliza el bienestar de las mujeres.

Hemos relacionado a la baja asistencia de mujeres a consultas de prevención en México con la cultura de los cuidados. Causa poco mencionada por organizaciones internacionales pero bien conocida en el ámbito privado.

Un estudio realizado en Toledo, (López, et al. 2009) concluye que el cuidado recae casi totalmente en las mujeres, quienes además presentan deterioro emocional, de energía, sueño y de apoyo social. Según la Organización Internacional del Trabajo (GED, 2020), a escala mundial, el 78,4% de los hogares están encabezados por mujeres, quienes están asumiendo cada vez más las responsabilidades financieras y de cuidado de niñas y niños sin el apoyo de los padres, además las mujeres realizan el 76,2% de todo el trabajo de cuidados no remunerado, dedicándole 3,2 veces más tiempo que los hombres.

En México, el cuidado también es inherentemente asociado a las mujeres; a las madres, abuelas, hermanas, novias, esposas, hijas, nietas. Hemos sido educadas para sabernos cuidadoras de otros (padres, familias, hijos, comunidades, pacientes, personas enfermas) y educadas también para sentir satisfacción por nuestro trabajo de cuidar desde el afecto y la costumbre.

Existen vastos ejemplos de esta concepción; desde los juguetes destinados para niñas hasta las declaraciones del presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, quien en un evento realizado en 2020 declara que *“(…) la tradición en México es que las hijas son las que más cuidan a los padres, nosotros los hombres somos más desprendidos, pero las hijas siempre están pendientes de los padres, de los papás, de las mamás.”*²

En palabras de Marcela Lagarde, **la gratificación que obtienen las mujeres por su condición de cuidadoras,**

es afectiva y simbólica en un mundo gobernado por el dinero y la valoración económica. Este cuidado implica “el descuido para lograr el cuidado” (Lagarde, 2020). Un descuido a nosotras, a nuestro desarrollo personal, en el que destinamos nuestros recursos emocionales, energéticos y económicos a una larga lista de otros.

Este descuido tiene un nombre “síndrome del cuidador”.

“Es muy común ver cómo el dependiente goza de un adecuado bienestar y una buena salud dentro de sus limitaciones, mientras que el cuidador ha adelgazado, sufre problemas de espalda, cansancio crónico, ataques de estrés y, muy habitualmente, hasta una depresión encubierta.” (Sabater, 2020)

En este abanico de descuidos se encuentra también el de nuestra salud. Hablamos con Elena González, estudiante de enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana. Ella nos habla de este descuido como una de las razones principales por las que las mujeres no vamos a consultas médicas, específicamente ginecológicas. En su experiencia, Elena ha notado la presencia de la dañina dinámica en la que las mujeres estamos condicionadas a poner antes a la familia y al último a nosotras. Su experiencia también le ha mostrado que las mujeres hemos sido educadas para responder por los demás, pone como ejemplo a las mujeres que siempre acompañan a sus hijos, mayormente hombres, sin importar la edad, a consultas médicas.

Por esto, no es sorpresa que la enfermería “(…)profesión capaz de desarrollar una praxis del cuidado basada en las necesidades de salud individual y colectiva”(UNAM, s/f), sea también profundamente ligada a las mujeres y sea constantemente menospreciada en comparación a la medicina (asociada a hombres).

“Se ve reflejado en la historia entre la medicina y la enfermería. En la medicina están los hombres y la enfermería es para las mujeres.
Elena González

Elena González también nos habla de este tema durante una entrevista realizada en 2019, reconociendo desde su práctica que la medicina es la profesión que recibe más importancia y respeto, percibida como la que tiene más conocimientos. Además de que los aspectos emocionales por los que pasan los pacientes, son directamente dirigidos a las mujeres profesionales de enfermería, por ser “más maternas”. Aseveraciones que además de

2. Feminismo quiere cambiar rol de las mujeres pero por tradición las hijas cuidan más a los padres: AMLO. Animal Político (2020). artículo completo en <https://www.animalpolitico.com/2020/06/amlo-feminismo-cambiar-rol-mujeres-padres/>

falsas, saturan el trabajo de dichas profesionales, exenta a los hombres de las responsabilidades emocionales intrínsecas del cuidado y atención de la salud. Exención de la que también gozan en la esfera privada de la cultura del cuidado.

El trabajo no remunerado de las mujeres cuidadoras que deriva en el descuido propio, en el descuido de nuestro desarrollo personal, nuestra formación, nuestros círculos sociales y de apoyo, nuestras pasiones, dan como resultado una calidad de vida disminuida. Además, la causa de tal descuido no es visibilizada como una problemática de tal dimensión, porque reiteramos, hay una gratificación afectiva, pero como dice Alejandra Eme Vázquez *“¿a dónde se va una con ciento cincuenta millones de gracias?”*. (Eme, 2019)

Eme Vázquez también toca el tema del cuidado a nivel institucional y se pregunta por qué el sistema no se hace cargo de dotar de las herramientas necesarias para el cuidado en las comunidades que financian la estructura del propio sistema, sistema que no toma responsabilidad porque ni siquiera considera este trabajo como trabajo (recordemos lo dicho por el presidente López). Esfuerzos de mujeres cuidadoras, invisibles para quienes son cuidados e invisibles para ellas mismas, sin ser conscientes del propio debilitamiento emocional y físico de consecuencias permanentes.

¿Es posible una horizontalidad en la cultura del cuidado?, Marcela Lagarde nombra la contribución de las feministas como respuesta a la problemática planteada: “primero, al visibilizar y valorar el aporte del cuidado de las mujeres al desarrollo y el bienestar de los otros; segundo, con la propuesta del reparto equitativo del cuidado en la comunidad, en particular entre mujeres y hombres, y entre sociedad y Estado. Y, tercero, la resignificación del contenido del cuidado como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, de cada mujer, esté basada en la vigencia de sus derechos humanos.” (Lagarde, 2020)

Así, podemos concluir que una de las causas más presentes y más importantes por las que las mujeres, descuidan su salud y no asisten a consultas ginecológicas, es debido a la priorización del cuidado de otros antes del propio. Las mujeres son cuidadoras de otros y no tienen tiempo de cuidarse a sí mismas ni la garantía de que recibirán cuidado de terceros. Además, estadísticamente cumplen con variedad de roles sociales que exigen recursos, saturándoles de trabajo y disminuyendo el tiempo que podrían dedicar entre otras cosas, al cuidado de su salud.

Violencia contra la Mujer en el ámbito sanitario

La Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer (ONU, 1994), define por "violencia contra la mujer" a *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*.

La violencia contra las mujeres cobró fuerza como preocupación política a mediados de los años setenta del siglo XX pero logró convertirse en objeto de estudio, interés e intervención en el ámbito sanitario hasta principios de los años noventa. Si bien en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a difundir la importancia de implementar programas de salud que promoviesen igualdad y equidad de género entre los sujetos, no fue sino hasta 1993 cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobó una resolución en la que se reconocía en la violencia un problema importante de salud pública y de derechos humanos. Con el reconocimiento anterior lograba aceptarse que la violencia contra las mujeres, independientemente de los contextos en que se cometiera. Y se logra reconocer como un problema de salud pública del que derivan daños (físicos, psicológicos y sociales), muerte prematura evitable y deterioro de la calidad de la vida en poco más de la mitad de la población mundial. Como lo señala el Estudio diagnóstico sobre la violencia sexual contra las mujeres en el Estado de San Luis Potosí, para 1996 y durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros coincidían en señalar que la violencia contra las mujeres constituía una prioridad para la salud pública mundial.

Un error común es asumir que la violencia existe únicamente al expresarse de manera física. Un ejemplo de que la mayoría los actos violentos se encuentran normalizados y comúnmente las definiciones de violencia suelen ser insuficientes, es el tan reciente reconocimiento oficial de la violencia obstétrica, **¿cuántos actos de violencia obstétrica han sido omitidos o menospreciados porque no se identificaba como un tipo violencia?**

Una sociedad desigual es violenta. Las diferencias especialmente las de género incrementan o disminuyen la vulnerabilidad de las personas frente a la posibilidad de resultar violentadas, especialmente si estas definiciones no reconocen, ni propician el marco para reconocer al género como variable que potencia la vulnerabilidad.

Frecuentemente puede observarse que los protocolos de prevención y atención de violencia contra las mujeres adoptan el concepto de violencia contra la mujer

establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993):

"Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada... abarca, sin carácter limitativo, la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer".
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993

Esta misma Declaración determina en su artículo 3 que:

"La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran: el derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad y la seguridad de la persona, a la protección ante la ley, a verse libre de todas las formas de discriminación, al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar, a condiciones de trabajo justas y favorables, a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes."

El reconocimiento y nombramiento de lo que representa un acto violento es de suma importancia pues permite desarrollar instrumentos legales que defiendan a las mujeres.

Necesitamos reconocer y ser sensibles para detectar actos de violencia y darnos cuenta que estas declaraciones por parte de organismos internacionales generalmente surgen a partir de movimientos sociales impulsados por grupos vulnerados.

Si analizamos este artículo y lo relacionamos con el cuidado que reciben las mujeres ¿qué pasa con la condición de cuidadoras que cargamos todas las mujeres? **el cuidado también es trabajo**, que en la mayoría de los casos no cuenta con condiciones justas y favorables, ni valora y/o protege la salud mental y física de las mujeres. La normalización de esta forma de la repartición desigual de trabajos de cuidado hace difícil identificar esta problemática, por estar tan ligada a nuestro sistema de creencias y costumbres de nuestro tejido social, que replicamos sin cuestionar este patrón.

Por esto, la mayoría de mujeres no pueden nombrar

los sentimientos que les producen estas desigualdades. No existen herramientas ni discusiones públicas para hacerlo. Especialmente si nos damos cuenta que aun con expresiones de violencia más visibles tenemos dificultades para distinguirlas. A continuación ahondaremos en este importante tema.

Medicina es más respetada, se le da más voz, más recursos, más espacios y más tiempo. Está medicina y después enfermería, que son mujeres que cuidan y se percibe el cuidado como una pérdida de tiempo."
 Elena González.

Violencia Ginecológica

En la sección anterior analizamos el tema general de la violencia contra las mujeres en el ámbito médico y como este es abordado desde las instituciones nacionales e internacionales. A continuación analizaremos específicamente la violencia en la especialidad de ginecología, violencia existente en sus inicios y perpetuada hasta la actualidad.

Expresiones de violencia. Espéculo vaginal en la historia, materialización de violencia e invisibilización

El uso de diversos tipos de espéculos es encontrado en variados y antiguos documentos médico. Versiones de espéculos griegos y romanos figuran entre los más antiguos predecesores del que conocemos actualmente. Este tipo de espéculos en su mayoría se componen de un par de cuchillas o valvas que abren y cierran mediante un mecanismo de rosca. La siguiente gran intervención en el diseño del espéculo fue creado por la partera francesa **Marie Anne Victorine Boivin**, quien intervino en la mejora de dispositivos médicos y en 1825 inventó lo que eventualmente se convertiría en el espéculo de dos valvas moderno, un dispositivo que podía mantener una abertura controlada por la especialista. (Gohmann, 2015)

A pesar de ser una de las obstetras más importantes de su tiempo, se le negó la entrada a la escuela de medicina por ser mujer. Además no fue reconocida por la Academia Francesa de Ciencias y sus más altos honores provenían del extranjero. El trabajo de Boivin se vió opacado y ha quedado prácticamente en el olvido. Se ha adjudicado la invención del espéculo a J. Marion Sims, nombrado por algunos como “El Padre de la Ginecología Moderna”. La historia del desarrollo del espéculo de Sims ha sido juzgado en los últimos años por las mujeres y la comunidad científica.

El diseño del espéculo de J. Marion Sims consiste en dos curvas en ángulo recto con extremos de diferentes tamaños. Según los registros en los diarios del propio Simons, **realizó cirugías sin anestesia en al menos 11 esclavas negras** entre 1845 y 1849. Lucy, Betsy y Anarcha son los únicos nombres registrados de las mujeres con las que Sims experimentó en su patio trasero en Alabama, Estados Unidos. Las mujeres eran llevadas por sus “dueños” para que Sims, experimentará con ellas sin su consentimiento. **Sims llegó a realizar hasta 30 procedimientos en una sola mujer.**

Si bien, los métodos de anestesia no eran del todo conocidos y utilizados en la época que se realizaron estos experimentos, se estima que Sims también intervino a mujeres blancas, pero a ellas les dió sedantes. Según relató él mismo en sus diarios. Sims sólo facilitó opio y únicamente en el periodo de recuperación de las



Fig. 19 Marie Anne Victorine Boivin

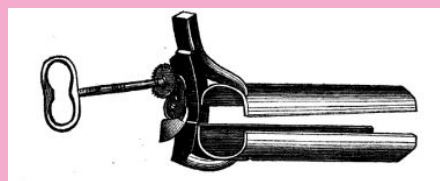


Fig. 20 Espéculo de Marie Anne Victorine Boivin

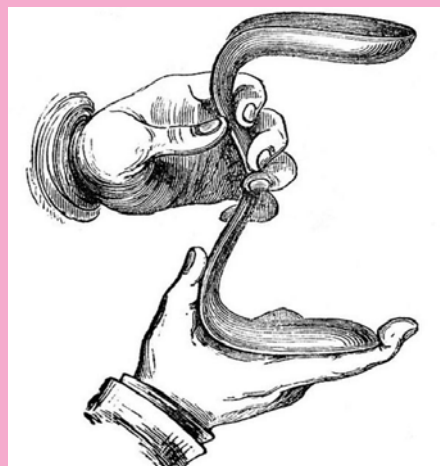


Fig. 21 Espéculo de Sims



Fig. 22 J. Marion Sims: Gynecologic Surgeon, de "The History of Medicine"

"Reconozco sus contribuciones, pero es como si Josef Mengele hubiese logrado avances en el campo de la medicina. No pondríamos una estatua suya debido a cómo obtuvo esa información"
Bernadith Russell, médica afroamericana del hospital New York-Presbyterian



Fig. 23 Marie Anne Victorine Boivin



Fig. 24 Marie Anne Victorine Boivin

mujeres, no para minimizar su dolor durante las cirugías. Siendo que desde 1800 el doctor Philip Syng, físico de Filadelfia, USA, recomendaba el empleo de dosis tóxicas de preparados alcohólicos a fin de relajar la musculatura antes de las maniobras para reducir las fracturas. (Higgings, s/f). Probando así, que ya era recomendado el uso de anestésicos durante la ejecución de procedimientos médicos dolorosos.

Sims fundó “El Hospital de la Mujer” en la Ciudad de Nueva York, donde desde 1934 se instaló su estatua en Central Park frente a la Academia de Medicina. Tras manifestaciones que comenzaron en 2017, mujeres afroamericanas de Nueva York exigieron el retiro de su estatua. Finalmente, el gobierno de la ciudad de Nueva York retiró la estatua de Sims el 17 de abril de 2018.³

Otro punto importante para la inmersión en el contexto social y político del espéculo es la implementación de Las Actas de enfermedades contagiosas de la década de 1860. Centradas en la “protección” de militares británicos ante las enfermedades de transmisión sexual, estas leyes, permitían a policías (también policías vestidos de civiles), aprehender y encarcelar a cualquier mujer “sospechosa” por prostitución, además de obligarlas a someterse a una examinación con espéculo para comprobar si tenían o no una enfermedad (Jordan, 2016). El espéculo obtuvo una nueva interpretación en 1971 cuando la abogada feminista **Carol Downer** tomó un espéculo de una clínica de aborto clandestina y descubrió cómo hacerse un autoexamen vaginal. Para divulgar este conocimiento, junto con Lorraine Rothman armó y distribuyó un kit que incluía un espéculo e información sobre aborto, fertilidad y control de natalidad. Carol Downer fundó el Centro Feminista de Salud para las Mujeres en California, donde junto a su equipo proporcionaban información y asistencia en temas de salud reproductiva. En 1972, fue arrestada por uso ilegal de la medicina por recomendar yogurt para combatir las infecciones vaginales. El caso se conoció como The Great Yogurt Conspiracy. Las acciones de Carol Downer son retomadas por Ninia Baehr en su libro “Abortion Without Apology: A Radical History for the 1990s” (1990) y por la Asociación de Especialistas en la salud de las mujeres de California (Women’s Health Specialists of California).

Es importante destacar la complejidad del espéculo como artefacto, ya que auxilia en el conocimiento del cuerpo y puede ser una herramienta para sanarlo. Pero también es importante hablar de su uso para el acceso al cuerpo de una mujer sin su consentimiento.

3. Nueva York retira la estatua del ginecólogo que experimentó con esclavas negras. Recuperado el 15 julio, 2019, de https://elpais.com/internacional/2018/04/18/mundo_global/1524036400_696258.html

Violencia ginecológica en la actualidad

Sería posible caer en la falsa creencia de que los abusos en la práctica ginecológica han quedado en el pasado y que situaciones tan radicales ya no suceden en la actualidad pero no es así, a continuación ahondaremos en la situación actual y las manifestaciones de violencia que una mujer o persona con vulva puede sufrir al solicitar atención médica de este tipo.

A falta de cuantificación sobre la experiencia ginecológica en México, retomamos el informe Encuesta los servicios de ginecología que deseamos las mujeres (2017) por la Asociación de Mujeres para la Salud AMS, subvencionado por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, de España. Este informe presenta información cualitativa sobre las emociones y percepciones al acudir a consulta ginecológica, entrevistando aproximadamente a 2,000 mujeres.

Del total de entrevistadas, 49% se han sentido violentadas en un servicio de ginecología, además de concluir a partir de las respuestas generales que gran parte de las encuestadas han tenido un trato inadecuado. Este mismo documento declara “que a veces roza la violencia y en el que faltan las relaciones de respeto y equidad entre médico/a y paciente, una falta de formación con perspectiva de género, que permita observar las problemáticas de las mujeres de una manera más global, una notoria brusquedad en los procedimientos médicos ginecológicos, la falta de consideración de los/as profesionales hacia las pacientes y la falta de prevención e información cada vez más notable son los principales ejes que provocan el malestar de las mujeres ante los servicios de ginecología. A ellos se suma la escasa idoneidad de los instrumentos ginecológicos, y los espacios en los que se desarrollan las consultas, más enfocados en la comodidad del/de la médico/a que el bienestar de la paciente”. (Op. pág. 1)

Dentro de las conclusiones de este estudio, encontramos validación a una de nuestras principales ideas y fundamento para corregir las fallas en el servicio, “es frecuente que las mujeres evitemos o, más bien posterguemos ir al a consulta de ginecología, quejándonos del “mal rato” que pasamos en ella, sin embargo, consideramos que es posible cambiar esta percepción de los servicios de ginecología trabajando en la mejora de las áreas destacadas”. (Asociación Mujeres para la Salud, 2017)

A partir de lo recabado por estas encuestas y englobando las respuestas más frecuentes se categorizan en 6 las principales áreas en las que las pacientes se encuentran inconformes:

1. El trato recibido.

2. Falta de formación de los/as profesionales.
3. Procedimientos médicos dolorosos.
4. Espacio físico e instrumental inadecuado.
5. Falta de consideración a la paciente.
6. Escasez de medios en prevención y falta de información.

Dentro del trato recibido se engloban actitudes como:

•**Actitudes paternalistas y machistas:** Se infantiliza a las pacientes, cuestionando y juzgando sus decisiones personales como los métodos anticonceptivos empleados, las relaciones sexuales o la decisión de llevar a cabo o no la maternidad.

•**Experiencia traumática y falta de credibilidad:** Que genera malestar emocional, algunas pacientes afirman haber sufrido violencias como insultos, vejaciones y maltratos en general.

•**Trato irrespetuoso:** Comentarios inapropiados, machistas o humillantes, tonos de voz elevados, o incluso haber sido receptoras de regaños, burlas, menosprecios, insultos, o humillaciones y haberse sentido ridiculizadas.

•**Negligencia acerca de los derechos sexuales y reproductivos:** Falta de formación sobre diferentes alternativas sexuales, como la homosexualidad o el lesbianismo y sobre los métodos anticonceptivos diferentes a los hormonales y/o destinados a la prevención de ETS* (ITS)

•**Procedimientos médicos dolorosos:** Los procesos médicos y exploraciones resultan, en su mayoría, violentos para las mujeres, estos se realizan con brusquedad, cuestionando y/o minimizando el dolor de las pruebas e incluso exigiendo que no haya manifestaciones de dolor.

•**Espacio físico inadecuado:**

- Falta de privacidad e intimidad.

- Cortinillas que no tapan.

- Puertas abiertas que dejan que las personas en la sala de espera o en los pasillos vean a la paciente.

•**Instrumental inadecuado:** Instrumental anticuado o con funcionamiento incorrecto, además de incómodo, frío y doloroso, que se usa sin ningún tipo de ayuda como pueden ser los lubricantes.

- No aportan batas o toallas con las que taparse.

•**Falta de consideración a la paciente:** Ignorando y desvalorizando sus opiniones y comentarios, usando tecnicismos de difícil comprensión, omitiendo información relevante, dedicando escaso tiempo a la consulta, no dando a las mujeres tiempo suficiente para la relajación o la consulta de dudas.

- Falta de consulta e información sobre los procedimientos y pruebas.

- Falta de información a las pacientes sobre sus patologías, sus efectos, consecuencias y posibles tratamientos.

• **Falta de constancia en el servicio de ginecología:** Continuos cambios de ginecóloga/o, extravíos de historial y necesidad de repetir ciertas pruebas cuando se cambia de servicio de ginecología.

Estas son algunas citas recuperadas del informe ya citado:

“Salí sintiéndome muy mal y llorando. No sentí ningún respeto hacia mí, todo lo contrario.”

“Fui tratada como si fuera inferior o no fuera capaz de entender lo que me pasa.”

“Que no te traten como a unos genitales, que te traten como a un ser humano que va a la consulta con sus dudas, miedos prejuicios, etcétera”

Encontramos pocas menciones oficiales a este tipo de violencia, una de ellas es en el documento número 14495 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2018), en el que se informa sobre la violencia al momento de las consultas ginecológicas. Reconoce la falta de una discusión ética y humanista (junto con profesionales de la salud, asociaciones y pacientes) sobre el tema, para conocer los alcances de estas violencias. Considera importante comprender las dimensiones estructurales que conducen a tal violencia, observar las normas sociales y culturales y abordar los problemas de financiación inadecuada, malas condiciones de trabajo, dinámica de poder dentro del entorno médico y la falta de capacitación para las y los profesionales de la salud. Siendo estas, algunas de las causas mencionadas por profesionales de la salud anteriormente.

Es esto último es lo mismo que recalco en entrevista la estudiante de enfermería Elena González, quien menciona como causas de las quejas sobre atención médica; **las condiciones de trabajo, falta de personal médico en relación al número de pacientes y las relaciones jerárquicas dentro del sistema hospitalario y clínico:**

“(Las condiciones de trabajo) atraviesan el mal trato a pacientes. Creo que puedo resumirlo con un dato: en México por cada 2 mil habitantes hay 3 profesionales de medicina y sólo una persona profesional de enfermería. cuando la OMS recomienda que debe haber de 2 a 3 de médico a por cada mil habitantes y 3 enfermeras o enfermeros por cada profesional de medicina. Eso hace que en todos los lugares de atención a la salud las

personas que atienden se vean rebasadas siempre en sus actividades. También las dinámicas de jerarquías tan marcadas hacen que el ambiente sea rispido.”

La Asamblea Parlamentaria también señala que su objetivo no es señalar a una profesión específica, sino hacer un balance de la situación para recomendar a los Estados miembros las “medidas necesarias para cambiar las prácticas y garantizar la atención médica de las mujeres, respetando sus derechos y sus cuerpos y su salud”. Este punto es remarcable para nuestra propuesta de diseño, ya que **en ningún momento señalamos a una profesión o grupo de profesiones como el detonante de violencia, pero sí a la estructura que les forma en la prestación de servicios médicos y a la estructura social paternalista y machista en la que hemos adquirido conocimientos y experiencias.**

En 2011, surge en España el movimiento internacional llamado “La Revolución de las Rosas”. Este movimiento, liderado por Jesusa Ricoy nació de la indignación tras la publicación de viñetas realizadas por el ginecólogo Javier Server Gosálvez en la gaceta oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) bajo el título “Un toque de humor”, viñetas que visibilizan en el menosprecio hacia las mujeres durante servicios médicos de ginecología y obstetricia. El movimiento consistió en colocar una rosa a las puertas de la SEGO simbolizando las víctimas de violencia obstétrica, además de la repetición de este acto simbólico, el movimiento ha estado al frente de diferentes marchas y denuncias.



Fig. 25 Viñeta publicada por SEGO

En México, según una investigación realizada en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes en los años 2011 a 2013, existe una relación asimétrica entre pacientes y profesionales de la salud, al encontrarse diferencias simbólicas como género, estado de salud, indumentaria, apariencia, grado de conocimiento, entre otras. Por lo que esta asimetría deriva en una relación de poder entre profesional de la salud y paciente. (Galaviz, Maza y Prado, 2015)

“(...) médicos varones que refuerzan también los roles de autoridad masculina tradicional, y la profesión médica masculinizada desde los inicios de la historia de

la medicina, aspecto que se agudiza cuando en el otro extremo de la relación se trata de mujeres.”(Galaviz, Maza y Prado, 2015)

*“Se nota una complicidad de las enfermeras y secretarias con el médico, por ejemplo, cuando una paciente es reprochada por él, lo repiten validando esta acción. Los camilleros suelen adoptar un rol de superioridad hacia las pacientes, dándoles un trato poco empático y en ocasiones rudo. Esto se observa cuando se encuentran algunos de ellos con sus compañeros de trabajo, ya que dicen y hacen bromas, sin importar que las pacientes los estén escuchando, de tal suerte que los comentarios de carácter sexual y las palabras soeces están presentes, lo cual **reduce a las pacientes a la condición de objetos.**”* (Galaviz, Maza y Prado, 2015)

El análisis espacial que se realiza en este estudio, ejemplifica la violencia ejercida al momento de asignar espacios de revisión que anulan la confidencialidad e intimidad de la paciente.

“(…) la paciente que se acuesta sobre la mesa ginecológica dobla las rodillas y las separa para exponer sus genitales, apoyándose sobre las pierneras, justo hacia donde se apuntan los genitales se ubica una puerta que da hacia otro consultorio contiguo por donde entran y salen otros médicos ginecólogos, directivos de hospital y enfermeras. Además, al lado derecho e izquierdo de la paciente hay dos puertas más: a la derecha está la que da a la sala de espera y al lado izquierdo la que comunica a un pasillo por donde sólo circulan médicos, enfermeras, camilleros, afanadores, secretarias y otros personajes, como los vendedores de diversos productos, desde alimentos hasta artículos de belleza, ropa y calzado. Todos ellos se mueven con naturalidad dentro de los consultorios.” (Galaviz, Maza y Prado, 2015)

Según la citada investigación, la programación institucional en el IMSS es rigurosa y se atienden a 14 o 16 pacientes por turno, las cuales se dividen en seis de primera vez para destinárseles 15 minutos por consulta, al resto, con consultas subsecuentes, se les otorga 10 minutos. Aunado a este tiempo de consulta, existe el tiempo que tardaron las pacientes en lograr programar una consulta. Este caso de estudio refleja la realidad que sabemos existe en la mayoría de clínicas y hospitales pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, y explica también resultados de entrevistas realizadas por nosotras. En las que la mayoría de mujeres entrevistadas prefieren ahorrar para una consulta en el sector privado, aún cuando esto no asegura una atención apegada a derechos humanos. Este punto es retomado en el estudio realizado en Aguascalientes, en una de sus entrevistas a médicos estos refieren que las pacientes suelen opinar que “el médico es bueno, pero que siendo del “Seguro”

ya no lo es, pues que ahí no pueden esperar lo mismo en comparación de si “le pagaran como un privado”. Esta declaración se conecta directamente con la percepción de que la atención médica otorgada por el Estado es producto de donativos y no un derecho humano que es obligación del Estado proteger bajo principios de universalidad, equidad y calidad. (UNAM, 2013)

En las palabras de los médicos entrevistados en la investigación de Galaviz, Maza y Prado (2015), “el tiempo no es suficiente para -hacer bien las cosas-”, además de afirmar que no es sano trabajar así, ya que se exponen a cometer errores que pueden conducir a demandas médicas. Las condiciones de trabajo han sido mencionadas en cada cuestionamiento sobre la violencia ejercida en los centros de salud. Esta declaración reitera lo mencionado anteriormente por la Asamblea Parlamentaria Europea, la ONU, y en entrevistas realizadas para esta investigación; **las condiciones de trabajo en el sector salud son en extremo inadecuadas para el desarrollo de profesionales de la salud y para las personas que asisten a estos centros.**

Como pacientes, conocemos la grave situación de la violencia ginecológica en México. Lamentablemente, al compararse con las otras expresiones de violencia que enfrentamos en el país, como feminicidios y muertes maternas, es claro que no se le da la atención igual de urgente y necesaria. Para nosotras estas conexiones son claras, pues la violencia ginecológica es otra representación de un Estado y sociedad violenta.

A lo largo de nuestro proceso de investigación, notamos mayor existencia y accesibilidad a material sobre violencia obstétrica en contraste con información sobre violencia ginecológica.

El embarazo facilita la agrupación y contabilización de la problemática, es una condición visible y la mayoría de mujeres la vive como una situación pública. Caso contrario a la mayoría de las enfermedades ginecológicas como las ITS, desórdenes hormonales, uso de anticonceptivos, abortos, entre otras situaciones tabú que la mayoría de mujeres vive experimenta en privado.

Violencia Obstétrica

Según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, s/f), la violencia obstétrica “es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel,

“La cultura del médico salvador y la mujer ignorante es una violencia sexual que se ejerce en paritorios y consultas”
Jesusa Ricoy (2017)

inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.” (GIRE, s/f)

La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto.

La ley general mexicana no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local sólo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango, y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas. (GIRE, s/f)

La violencia en el servicio médico de ginecología no es una serie de eventos fortuitos sino violencia, discriminación, y maltrato sistematizados.

En julio de 2019, la Asamblea General de las Naciones Unidas publicó el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de la ONU: Dubravka Simonovic sobre la violencia obstétrica. Documento histórico por su postura desde los derechos humanos y por reconocer la existencia de este tipo de violencia, su gravedad a nivel global y declararla como un fenómeno generalizado y sistemático. (Simonovic, 2019)

En este informe, la Relatora Especial analiza las formas de violencia y maltrato denunciadas por mujeres alrededor del mundo, por ejemplo:

•**Cesárea innecesaria**

•**Detención posterior al parto de las mujeres y sus recién nacidos** en los centros de salud por falta de pago de gastos hospitalarios.

•**Esterilización forzada y el aborto forzado**, es un ejemplo de discriminación interseccional que suele afectar en mayor medida a mujeres pertenecientes a minorías y mujeres indígenas.

•**Episiotomía innecesaria o sin consentimiento** (corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico, para facilitar el parto vaginal). Puede tener efectos físicos y psicológicos en las mujeres, ocasionar su muerte y constituye violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y denigrante. Esta técnica tiene repercusiones de por vida en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

•**Los llamados “puntos para el marido”** sutura tras la episiotomía que aplica más puntos de los necesarios y se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual de la pareja.

•**Sinfisiotomía** (separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto), considerada como violación a los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede constituir tortura.

•**Autorización de personal médico sin experiencia para llevar a cabo exámenes ginecológicos**

•**Uso excesivo de oxitocina sintética** para la inducción de contracciones y alumbramiento, cuyas consecuencias son mortinatalidad y ruptura uterina, además de dolor.

•**La “maniobra Kristeller”** (presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento), técnica ya no recomendada por la OMS.

•**Falta de respeto a la intimidad y confidencialidad de las mujeres**, por ejemplo la realización de exámenes vaginales frente a terceros, permitir a estudiantes de medicina observar a mujeres durante el parto, compartir con terceros la información sobre su salud.

•**Práctica sin anestesia de procedimientos quirúrgicos** por aborto espontáneo, legrado y sutura tras el parto, y la extracción de óvulos en la reproducción asistida.

•**Exámenes pélvicos a mujeres inconscientes debido a anestesia**. Realizados por médicos y estudiantes de medicina, sigue siendo una práctica legal en la mayor parte de Estados Unidos. (Práctica conocida en México y Latinoamérica como "tacto", acto violento aún cuando las mujeres se encuentren conscientes)

•**Falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir la posición de parto.**

•**Prácticas humillantes, agresiones verbales, y observaciones sexistas durante la atención del parto.**

•**Transferencia de un embrión al útero de una mujer sin su consentimiento.**

Es complejo discutir este temas sin revictimizar a las mujeres que pasan por estas situaciones. Hemos encontrado que a pesar de sentirse mal, tristes, con dolor, muchas no están seguras de que lo que vivieron fue violencia o abuso. El condicionamiento de que las y los especialistas en salud tienen mayor autoridad sobre el cuerpo de la mujer está ampliamente internalizado, y la poca y en muchos casos nula información sobre qué prácticas son recomendables o no, despoja a las pacientes de cualquier tipo de defensa. El servicio carece de consentimiento informado y de procesos efectivos que eliminen prácticas violentas.

“Me recordé a mi misma, en mi tercer parto, llorando mientras los profesionales me chillaban e insultaban, en shock les pregunté entre lágrimas: ¿cómo podéis tratarme así? ¿Cómo podéis tratar a nadie así? Pensé en todas nosotras, las madres. Las que llevamos años denunciando el maltrato que sufrimos, quejándonos, llorando por los partos que nos robaron a nosotras y a nuestros bebés. En las compañeras a las que les hicieron la cesárea sin que la anestesia hubiese hecho efecto, en las que fueron engañadas y chantajeadas, en las que pasaron meses y años rotas intentando comprender lo que les hicieron un día en un paritorio. En las que perdieron el útero y las que ya no pudieron tener el número de hijos que habían planeado por puro terror a volver a pasar por algo así”.
Ibone Olza (2019)

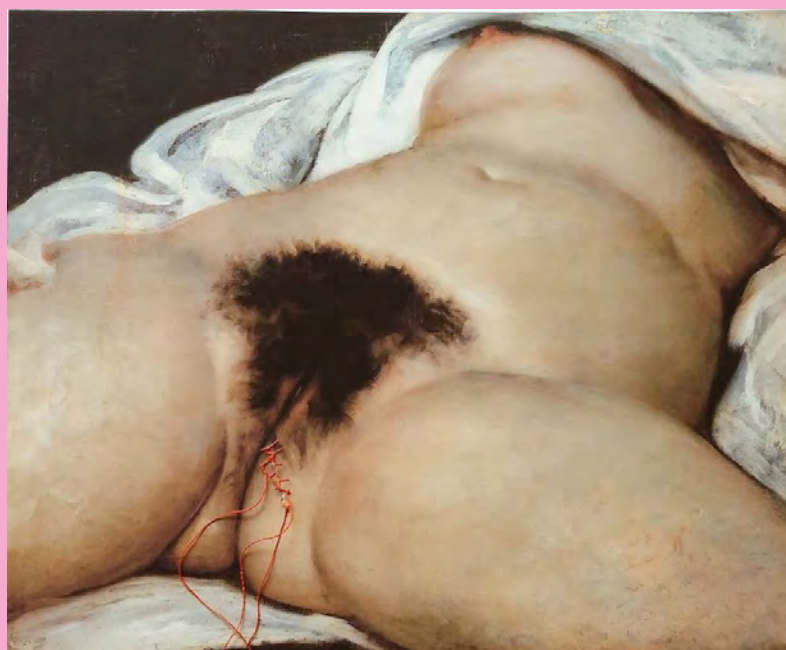


Fig. 26 L'Origine de la violence

Durante esta investigación, pudimos constatar que la mayor parte de las quejas reportadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, son por parte de mujeres durante el parto y en las consultas antes y después de este. Así, nos damos cuenta de que las quejas y posibles violencias sufridas por mujeres sin deseos reproductivos no están siendo visibles ni cuantificadas.

Quejas del servicio de Ginecología y Obstetricia en México

En México, según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Fernández y Rizo, 2018), en el período comprendido de 2001 a 2015, las especialidades médicas de las que más recibieron quejas fueron ginecología y obstetricia, sumando 2,758 (11.3%). La institución de salud con mayor número de quejas fue el Instituto Mexicano de Seguro Social, con 1,640 quejas (59.5%).

Las mujeres mexicanas enfrentan graves obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos: se les imponen métodos anticonceptivos, son criminalizadas por interrumpir embarazos no deseados, son maltratadas en los servicios de salud obstétrica, mueren en el embarazo, parto y puerperio, son discriminadas al buscar acceder a técnicas de reproducción asistida y se enfrentan con barreras graves para hacer compatible su vida laboral y reproductiva. (GIRE 2015)

Estos obstáculos son particularmente graves en ciertas entidades federativas y para ciertas poblaciones, como las niñas y las mujeres indígenas. Con esto en mente, en 2008 se creó la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (Radar 4°)

Causas

A partir de nuestra investigación, podemos concluir algunas de las causas de la violencia hacia las mujeres en la atención médica:

- Condiciones de trabajo del personal médico
- Educación/ formación de profesionales de la salud
- Falta de aplicación y vigilancia de la normativa
- Falla burocrática en el entendimiento del consentimiento informado

Consentimiento NO informado

Cuando vemos al consentimiento como una causa de la violencia ginecológica nos referimos a que no se entiende el consentimiento informado como un proceso continuo y que la información no es clara para las mujeres que iniciaran un tratamiento o procedimiento médico.

En el informe de Dubravka Simonovic, nos menciona sus observaciones sobre el consentimiento informado en diferentes países, por ejemplo:

Sobre los formularios de consentimiento: “En las

comunicaciones enviadas por más de 40 organizaciones no gubernamentales se hizo hincapié en la falta de consentimiento informado o en su uso indebido. (...), el consentimiento de la mujer a todas las intervenciones se obtiene en cuanto la paciente entra en el hospital, momento en que se le pide que firme diversos formularios. Pero esos formularios son en realidad una renuncia al consentimiento informado y una cesión del control al equipo médico. Otros formularios de consentimiento, relativos a procedimientos como la anestesia epidural y la cesárea, se suelen presentar a la mujer durante el propio alumbramiento, a veces incluso durante las contracciones, lo que hace que a la mujer le resulte difícil comprender la información contenida en el formulario o realizar las preguntas pertinentes. De todo ello se desprende que los formularios de consentimiento se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado”. (Simonovic, 2019)

Las consecuencias del consentimiento no informado se intensifican hacia las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas, mujeres con discapacidad, mujeres en situación de reclusión.

Una de estas consecuencias es la esterilización forzada, que se practica en todo el mundo sin consentimiento informado. Según el reporte de Simonovic, afecta con mayor frecuencia a mujeres pertenecientes a minorías y a las mujeres indígenas. Algunas de las razones para su práctica se basan en la creencia de que mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, por ejemplo; mujeres con discapacidad, mujeres indígenas, o mujeres con VIH, no son “dignas” de procrear, son incapaces de tomar decisiones sobre su reproducción, no serán “buenas madres”, o no están en condiciones de tener descendencia.

A estos casos, se suma la situación de las mujeres en situación de reclusión, siendo olvidadas en todos los niveles de atención basada en derechos humanos. Según INEGI, en México, al cierre de 2016, se registró un total de 188 mil 262 personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios de las entidades federativas, de las cuales 95% eran hombres y el 5% restante, mujeres. A pesar de representar una minoría para el sistema penitenciario, la población femenil en los centros ha aumentado 56% de 2010 a 2015, con una tasa de crecimiento mayor a la de los hombres con 17%. Además, el mayor porcentaje (36.4%) de la población femenil en centros penitenciarios, pertenece al rango de 18 a 29 años de edad, seguidas del 32% con el rango de 30 a 39 años. (INEGI, 2017)

En México, Natividad Gutiérrez Chong, del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, denunció que cuatro de cada cinco mujeres indígenas padecen maltrato, humillación, ridiculización y agresiones psicológicas,

físicas y verbales al momento de requerir atención médica en la especialidad de obstetricia (embarazo, parto, puerperio) o al solicitar cualquier atención en los servicios de salud. Esto significa que si en México hay más de seis millones de mujeres indígenas, 4.8 millones de mujeres indígenas (80%) son víctimas de violencia obstétrica. El sentido de urgencia a esta violación de derechos humanos, aumenta al saber que seis de cada 10 mujeres indígenas están en etapa reproductiva. En promedio, comienzan su vida sexual a los 16 años, aunque se reportan casos en que la edad disminuyó a los 12.

La falta de cobertura en servicios de salud y la baja calidad de los servicios disponibles, junto con las condiciones de pobreza generalizada afectan las expectativas y calidad de vida de la población indígena en general, e inciden de manera negativa en las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas

Es importante mencionar también la omisión sistemática en los servicios médicos para las personas con discapacidad, especialmente a las mujeres con discapacidad en la especialidad de ginecología. Según el informe de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres y las niñas con discapacidad sufren una discriminación basada en múltiples aspectos de su identidad, como el género y la discapacidad, siendo constantemente consideradas como asexuales o sexualmente inactivas, además de impedirles decidir sobre su salud sexual y reproductiva. (Devandas, 2017)

Este documento también menciona que la discapacidad es más prevalente en las mujeres que en los hombres; casi la quinta parte de la población femenina mundial tiene alguna discapacidad.

“Como se considera que las niñas y las jóvenes con discapacidad tienen pocas probabilidades de ser esposas, madres o cuidadoras —o que no tienen capacidad para serlo—, se les suele prestar menos atención que a otros miembros de la familia (...)”

K.F. Linton y H.A. Rueda (2015)

Además, las niñas y mujeres con discapacidad que son pertenecientes a grupos históricamente discriminados, (pueblos indígenas, minorías religiosas y étnicas, poblaciones pobres o rurales, migrantes y refugiados, mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales) experimentan formas de discriminación múltiple e interseccional en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, las niñas y mujeres indígenas con discapacidad están más expuestas al matrimonio precoz, la violencia sexual y el embarazo no deseado.

“El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la **desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos**. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva.”

Dubravka Simonovic (2019)

Casos de violencia ginecológica, Irma y Sandra

Hablar de las mujeres como cifras, despojándolas de su humanidad es justamente uno de los mecanismos de los que se ayuda el sistema de salud actual. Buscando desprender toda identidad de la paciente dificultando la empatía y construcción de lazos entre ellas y sus proveedoras y proveedores de salud. Por eso presentamos un par de casos de mujeres mexicanas recopilados por la organización GIRE en su informe Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México (GIRE, 2015).

Irma (Oaxaca)

Irma es de origen mazateco y vive en condiciones económicas precarias. Margarito, su esposo, se dedica al campo y ella al hogar. Ya tenían dos hijos, un niño y una niña, y cuando ella tenía 30 años esperaban al tercero. A las 36 semanas de gestación empezó con dolores de parto y el 2 de octubre de 2013 acudió al Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca para solicitar atención médica. Al llegar ahí señaló las molestias y dolores que sentía a una enfermera, quien le midió la presión arterial e indicó que saliera a caminar con la certeza de que todavía faltaba para que naciera su bebé. Irma siguió la

instrucción de la enfermera y se dirigió a una palapa. En ese momento, sintió que se le rompió la fuente y momentos después nació su hijo en el patio del hospital, sin asistencia ni atención médica alguna. Fue hasta después que Irma y su hijo fueron ingresados al Centro de Salud.

La imagen de Irma pariendo en el patio del hospital fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, derivado de lo cual la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) inició una queja de oficio. Después de hablar con Irma, GIRE asumió su representación legal y la acompañó en la presentación de una ampliación de queja ante la CNDH en la que se señala que lo ocurrido fue un caso de violencia obstétrica, en el que se vulneraron los derechos humanos de Irma y de su hijo, entre ellos, a la integridad personal, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación.



Fig. 27 Irma y sus hijos.

Sandra (Chiapas)

Sandra es de origen Tzeltal. Tiene 36 años de edad y vive en la comunidad de Nahá, en Chiapas. Ella y su esposo viven con escasos recursos económicos. Siempre han deseado tener un bebé. Sandra perdió su primer embarazo debido a la mala atención médica que recibió. Se embarazó por segunda ocasión, pero, cuando entró en trabajo de parto, le fue negado el acceso a servicios de salud en la institución más cercana a su domicilio bajo el argumento de que los médicos se encontraban de vacaciones. Esto la obligó a viajar a Villahermosa en busca de atención médica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. Ahí, nuevamente, le fue negado el acceso por residir en Chiapas.

Después de insistir, fue hospitalizada durante tres horas sin recibir información respecto de su estado de salud o de la atención que recibiría. Además fue víctima de malos tratos e insultos por parte del personal médico.

Ese mismo día, se le practicó una cesárea y cuatro horas después fue dada de alta del hospital. A partir del parto, Sandra y su esposo no pudieron tener contacto con su hija y fueron extorsionados por el personal médico del hospital, que condicionó la entrega de su bebé al pago de diez mil pesos bajo el argumento de que la recién nacida no contaba con cobertura médica, a pesar de que sus padres tienen Seguro Popular. Durante siete días, mientras intentaban conseguir el dinero solicitado, el hospital sólo les permitió ver a su hija a través de una ventana, bajo el argumento de que la niña tenía un estado de salud delicado, sin explicarles lo que pasaba o la gravedad de su condición. Al octavo día que regresaron a visitarla, el personal de salud les anunció que había fallecido. No saben qué fue lo que pasó.

El 14 de abril de 2014 Sandra, acompañada por GIRE, interpuso una queja ante la CNDH por las violaciones a derechos humanos que enfrentó junto con su hija. El 27 de marzo de 2015 se presentó una ampliación de queja, al obtener más elementos del caso. Hasta el momento, a más de un año de la presentación de la queja, no se ha obtenido ninguna respuesta por parte de la CNDH, quien ni siquiera ha realizado una visita a Nahá para entrevistar a Sandra. La reparación de las violaciones que sufrió siguen pendientes.

Conclusiones

El estado mexicano tiene la obligación de proteger, vigilar y asegurar el cumplimiento y respeto a los derechos humanos de las mujeres. Estos derechos humanos incluyen el derecho a recibir un trato digno en los servicios de salud sexual y reproductiva. En el caso del consentimiento informado, debe garantizarse su aplicación correcta. Para esto, es necesaria la supervisión adecuada de centros de salud, clínicas y hospitales; tomando en cuenta la calidad de las condiciones de trabajo del personal de salud. Siguiendo la normatividad de transparencia, los datos recabados deberían ser públicos y de fácil acceso.

Es vital que el sistema de salud cuente con los recursos económicos suficientes para proporcionar servicios médicos de calidad, con personal capacitado, equipo e insumos necesarios. Además, es fundamental proveer formación al personal médico, desde el respeto a los derechos humanos de las mujeres. A la par de la formación de los profesionales de la salud, resulta urgente la sensibilización de abogados, jueces, y población en general, sobre la violencia sistemática ejercida sobre las mujeres en los servicios médicos, específicamente la violencia interseccional ejercida sobre mujeres indígenas, mujeres con discapacidad, mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales.

Para entender el proceso tan complejo que representan estas expresiones de violencia y el proceso traumático que significa para una mujer y pv ser violentada en un espacio que existe para brindar cuidado, debemos sensibilizarnos, recordar y estar atentas a la capacidad de normalizar la violencia y el sufrimiento. Al leer tantos ejemplos, tantas formas de maltrato podemos comenzar a menospreciar la gravedad de cada una, acto que no nos podemos permitir. Cada una de las expresiones de violencia requieren mecanismos para combatirlos y prevenirlos.

Lo que presentamos como investigación es una realidad, que se podría ver fríamente como datos lejanos, todos los días las mujeres sufren experiencias traumáticas que no deberían existir. Situaciones de las que no se habla públicamente y por lo tanto no son afrontadas y resueltas.

A partir de ese proceso de sensibilización y empatía deberíamos iniciar nuestro proceso de diseño.

JULIETA

"Que el mundo tiemble
Que explote todo por aquí
Que todo despierte"
Julieta Venegas. *Explosión* (2015)

CUIDADO COMO DERECHO HUMANO 3.0

“Tampoco sé en qué momento asumí que era mi responsabilidad pegar lo roto.”
Alaíde Ventura. *Entre los rotos* (2019)

ALAÍDE

Derechos de las pacientes en México

Ya que actualmente no existe una declaración nacional especializada en derechos de la paciente de Ginecología, tomamos como guía para la regulación del trato, los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes (Secretaría de Salud, 2002), diseñada en 2001 por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. A continuación, algunos de los artículos relevantes para esta tesis:

1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA
2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO
3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ
4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN
5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADA (O)
6. SER TRATADA (O) CON CONFIDENCIALIDAD
7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN
8. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA
9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO
10. SER ATENDIDA (O) CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

Servicio médico humanizado. Recomendaciones a nivel nacional e internacional

Servicio médico humanizado es un enfoque que reflexiona sobre el cuidado médico actual, lo cuestiona y busca transformarlo. En su construcción se retoman principios de la medicina, como el juramento Hipocrático.

“El Juramento Hipocrático es una guía en el accionar médico, en el acceso a una atención en salud oportuna y de calidad, un reaseguro contra la crueldad, humillación y dolor.”
(Rueda et al., 2019)

Humanizar no es un eslogan, tampoco un asunto de buenos modales, un discurso, un estándar de acreditación, ni una retórica publicitaria y vacía. Hablar de humanización, no implica actuar en contra de lo que cada profesional, considera su buen juicio clínico. Humanizar no es ser complaciente ni condescendiente, humanizar es reconocer que el otro es un agente ético con la misma jerarquía y que el menos afectado, (en este caso quien forma parte del equipo de salud) tiene una responsabilidad profesional y moral sobre el más

vulnerable. Responsabilidad que no implica arrasar sus derechos, sino todo lo contrario, contribuir a fortalecer su claridad de decisión (con información adecuada, veraz y comprensible) y su autenticidad, en la medida de lo posible (Rueda et al., 2019).

Un requisito deontológico fundamental es que nunca debe considerarse a un paciente como un objeto. La sustitución de la palabra (por la tecnología, por el silencio o por la indiferencia) en el acto médico ha obrado en detrimento del vínculo paciente-médico. Se ven reducidos, cada vez más, los momentos de intersubjetividad, de encuentro y vinculación; van desapareciendo las variables sociopsico-antropológicas que, tradicionalmente, definían el contexto de análisis de la enfermedad (Rueda et al., 2019).

“El principio de toda humanidad es la palabra. Entonces, humanizar es tratar al otro, en cualquier circunstancia, dentro del circuito de la comunicación.”
(Rueda et al., 2019).

Es importante destacar que la atención médica funciona desde un sistema que se ve traspasado por múltiples circunstancias y factores. Desde las profesiones sanitarias, lleva a que frente a la explotación y maltrato por parte del sistema, existen aspectos bioéticos y de humanización a considerar, requiriéndose fortalecer el marco de garantía de derechos, tanto de pacientes como de profesionales. La humanización de las profesiones de la salud también involucra las interrelaciones con los sistemas de salud. A diario se observan situaciones de abuso, descuido, explotación o maltrato que afectan a pacientes y a profesionales. Ese es un campo que también requiere nuestro foco para hacerlos visibles y propiciar la garantía y disposición de los derechos que nuestras leyes propugnan. (Rueda et al., 2019)

El cuestionamiento que se hace sobre la deshumanización de los servicios médicos, no es a las personas, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud. Este modelo, que se ha naturalizado en la sociedad, y que toma en cuenta sólo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derechos, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres.

La deshumanización en la prestación de servicios médicos es un fenómeno que responde a diversos factores, como la formación de estudiantes. Según Stephen Klasko, la enseñanza actual no enseña a interactuar con pacientes, no desarrolla empatía, y fomenta la competencia sobre

la colaboración. “Es hora de romper los mitos de que las calificaciones (...) producirán médicos empáticos, comprensivos y comunicativos; que todos los estudiantes deben tomar el mismo camino para llegar a líneas de meta muy diferentes; y que el sistema de salud, la atención centrada en el paciente (...) son de alguna manera "temas huérfanos" y no tan importantes como la microbiología y la bioquímica.” y asegura que aprender y desarrollar “Habilidades para escuchar, interactuar, brinda una mejor atención médica porque nos comunicamos mejor”. (Klasko, 2015)

Podemos relacionar esta declaración con cualquier otra profesión que base su naturaleza en la experiencia humana, y en nuestro caso, es totalmente pertinente para la enseñanza del diseño, en la que las calificaciones tampoco aseguran una formación que priorice la empatía para la toma de decisiones sobre nuestros proyectos.

Como principal cambio de paradigma en el servicio médico hacia la humanización, existe como movimiento mundialmente reconocido, la humanización del parto y nacimiento que se basa en el respeto a los Derechos Humanos.

Si bien, gran parte del movimiento de la humanización en los servicios médicos referente a la ginecología se centran en la atención obstétrica, algunos de los principios regentes de este modelo según el artículo “Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.” (Almaguer, García y Vargas, 2012) son aplicables a la atención ginecológica sin fines reproductivos.

Algunos de estos principios son:

- Reconocer a la mujer como la persona central
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer
- Respetar la intimidad del entorno
- Brindar atención personalizada y continua
- Respetar la decisión de la paciente

A partir de racionalizar y estructurar estas fallas más como un problema sistemático, producto de la desigualdad histórica, que como quejas y malas prácticas aisladas, organismos internacionales y nacionales han desarrollado lineamientos básicos para la mejora de la atención médica gineco-obstetra.

A continuación, presentaremos estos lineamientos y recomendaciones, que sintetizan requerimientos mínimos y proyecciones de escenarios ideales de los cuales retomamos características que guiarán nuestro ejercicio de diseño.

A nivel internacional se han desarrollado, para el sector

salud diferentes acuerdos, compromisos, regulaciones, y recomendaciones para asegurar el respeto a los Derechos Humanos y derechos sexuales de la población mundial. Presentaremos las pertinentes para nuestro proyecto, las cuales están enfocadas en la salud de las mujeres, a nivel nacional e internacional.

Consentimiento informado

Según la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA, 2020) de la Secretaría de Salud de México, el consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. El primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado fue el Código de Nüremberg fue publicado en 1947, resultado del Juicio de Nüremberg, en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos.

La CONBIOÉTICA señala que la función del consentimiento informado es informar al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, conteniendo la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información.

En México, la vigilancia del consentimiento informado en materia administrativa, está a cargo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

Según la CONBIOÉTICA ya citada, el consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. Además, es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el

caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: Después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aún cuando la familia lo autorice.

“El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado. El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la

persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión. El nivel de formación, la discapacidad física o intelectual y la edad de la persona deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la manera en que debe proporcionarse tal asesoramiento e información, y deben respetarse las necesidades y las preferencias de dicha persona.”

International Federation of Gynecology and Obstetrics, Guidelines regarding informed consent, 2012 (Directrices sobre el consentimiento informado, 2012)

Compromisos internacionales del Estado Mexicano respecto a la salud sexual

El primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como violación a los derechos humanos, fue la Convención Belém Do Pará, en 1995 México suscribió dicha convención y en 1998 la ratificó. La Convención Belém Do Pará dice en su artículo 9: *“Los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer (...) En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada (...)”*. Organización de los Estados Americanos (1994)

A nivel Internacional, México es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Según la página web del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ONU s/f), los 17 objetivos buscan garantizar para 2030 el **acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva**, incluidos los de planificación familiar y anticoncepción, información y educación, y la reducción de la mortalidad materna. De igual modo, ha tomado parte del Consenso de Montevideo en el que se afirma que *“... la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental”* y una de sus medidas prioritarias habla sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

El Programa Nacional de Población 2014 - 2018 publicado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014), tiene como Objetivo Estratégico 2, Ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres, en el que declara que *“El disfrute de una salud sexual y reproductiva plena y satisfactoria está estrechamente vinculado con la capacidad de las instituciones de salud para brindar acceso universal a servicios de planificación familiar, salud materno-infantil, atención*

del cáncer de mama y cérvico-uterino, y prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, entre las principales. Los programas de información, educación y comunicación también constituyen un instrumento fundamental para asegurar el ejercicio de estos derechos”.

Incluido como un eje rector en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Gobierno de la República, 2015) -“Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos”- en el que se reconoce que, en la medida en que los diferentes actores sociales internalicen los valores y derechos asociados a la salud sexual y reproductiva, aumentarán el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos y servicios para adolescentes.

Ya que el embarazo adolescente es una consecuencia de una deficiente educación sexual y atención médica, entre otros factores importantísimos como la violencia sexual a la que se enfrentan niñas y adolescentes mexicanas.

Esta misma Estrategia reconoce que **“el género es un determinante social de la salud de todas las personas. En particular, las desigualdades de género afectan la SSR (Salud Sexual y Reproductiva) de la población adolescente dado que reflejan la falta de condiciones psicosociales, económicas y culturales que requieren las y los adolescentes para poder ejercer sus derechos humanos y en particular los sexuales y reproductivos.”**

Nos parece vital el reconocimiento de la asimetría de género, como construcción social, y la mención del vínculo entre una educación sexual integral y un ejercicio de la sexualidad desde la plenitud, el placer y la responsabilidad. Además de las consecuencias de los roles y estereotipos asignados a las mujeres, por ejemplo:

“ Los roles tradicionales de género las identifican como ajenas a la vida sexual activa por lo que socialmente no encuentran condiciones para ejercer su vida sexual de manera libre y responsable.”

Derechos sexuales y reproductivos

Como antecedente de una declaración sobre la autonomía reproductiva, se crea en 2001 la “Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes” (IMJUVE, 2016), aprobada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que se compone de 14 derechos todos ellos pertinentes en la atención ginecológica en sus distintos niveles, en consulta, en legislación y en educación:

- Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
- Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.

- Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
- Derecho a decidir con quién o quiénes relacionarme afectiva, erótica y sexualmente.
- Derecho a que se respete mi privacidad y a que se resguarde mi información personal.
- Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual.
- Derecho a decidir de manera libre e informada sobre mi vida reproductiva.
- Derecho a la igualdad.
- Derecho a vivir libre de discriminación.
- Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
- Derecho a la educación integral en sexualidad.
- Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la identidad sexual.
- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

Pronunciamientos sobre la violencia obstétrica

En México, se publicó la Recomendación General No. 31/2017 en el Diario Oficial de la Federación, publicada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que aborda la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud con el fin de visibilizar la existencia de este tipo de violencia, además de fomentar su combate. De nuevo, estas recomendaciones se extienden únicamente al ámbito obstétrico (durante embarazo, parto, y puerperio). (CNDH, s/f)

En el panorama internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) emite recomendaciones para el trato a mujeres durante el embarazo y parto. Al ser el enfoque reproductivo y obstétrico el más visibilizado, rescatamos los puntos que creemos **se pueden aplicar también en la atención ginecológica.**

1. No ser medicalizado, **proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.**
2. **Basarse en las evidencias científicas.**
3. **Regionalizarse** y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
4. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.

5. **Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.**

6. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.

7. **Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.**

8. **Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.**

9. **Un enfoque basado en los derechos humanos se ocupa de la salud en general y no de enfermedades aisladas; la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas. En este enfoque es esencial el reconocimiento expreso del derecho a la salud, con una comprensión completa de la salud sexual y reproductiva, en las constituciones y/o la legislación, junto con el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para la reivindicación de esos derechos.**

Proveer atención médica con perspectiva feminista

La atención médica desde una formación feminista comienza reconociendo a las mujeres física, emocional, holística y médicamente. Se centra en la dignidad humana, la autodeterminación, el reconocimiento de las experiencias de vida, la atención individualizada y los enfoques basados en la evidencia.

Actualmente se educa y funciona desde un modelo de atención donde aún prevalece la opinión del médico sobre la elección informada de la paciente, cuando incluso está sólo ocurre en el escenario óptimo.

La idea de "el doctor sabe más" no solo se institucionaliza en las escuelas, sino que también se acultura, imprime y repite dentro de las comunidades de pacientes que buscamos mantenernos saludables a través de un modelo no solo con un marco patriarcal, sino uno deshumanizante.

Encontramos especial escepticismo en la comunidad médica al uso del término perspectiva feminista, que entendemos viene desde el mal uso y poco conocimiento de lo que refiere un marco de trabajo feminista. Para desarrollar este apartado nos servimos del artículo: **12 formas de ser una proveedora de atención médica feminista**, guía escrita por la partera Stephanie Tillman, estos son sus puntos y lo que consideramos pertinente de ellos adaptándolos a nuestra realidad: (Tillman, 2014)

1. Escucha con completa atención

Su práctica consiste en (...) escuchar conscientemente lo que dice la hablante. Debemos no hacer muchas cosas: no interpretar en nombre de la persona antes de que esta termine de hablar, no juzgar lo que se dice o la persona que lo dice.

Permitir a la paciente crear su proceso, espacio y tiempo para que hable y escuchar su experiencia y necesidades, cuando esto pasa, las personas notan inmediatamente el compromiso.

2. Confianza intrínseca

Confíe cuando alguien le diga que algo "simplemente no se siente bien". Confíe en que, en el centro de la individualidad y el consentimiento, las personas pueden tomar decisiones por sí mismas. Tómese el tiempo para recordarles que la confianza en sí mismos es increíblemente importante, decir cosas como "conoces tu cuerpo mejor que nadie, por lo que confío en ti para saber cuándo es el momento de discutir algo o buscar atención. Y si no está segura, lo resolveremos juntas". (párr.1)

3. Eliminar las suposiciones

No suponer razones de: género, orientación sexual, estado de pareja, conocimiento y estado económico, entendimiento de la salud, acceso a alimentos.

No suponer que una prueba de embarazo positiva es un evento feliz, que la paciente conozca qué es un examen anual y todo lo que implica, incluida una posible evaluación manual interna, que un embarazo adolescente no sea deseado, que los síntomas de la menopausia son manejables, que el parto prematuro es tolerable, que el abuso sexual no es común, que solo ciertas edades o grupos de riesgo deben estar buscando infecciones de transmisión sexual, que el peso siempre está asociado con enfermedad. No suponer que fue su elección verte hoy. Que no están librando una batalla mucho más dura que la que te contarán en una visita de quince minutos. **La única suposición que debes hacer es que no sabes nada de alguien hasta que te lo cuenten.**

4. Consentimiento activo

El consentimiento es un proceso continuo. Siempre se debe hablar de lo que implica un examen y pedir consentimiento. Siempre expresar que cada examen, prueba y proceso de evaluación en atención médica es opcional, y el rechazo es una de las opciones que cada persona tiene durante su atención. A lo largo del examen, buscar consentimiento: con cada toque, con cada instrumento, con cada cambio de enfoque. Después del examen, verificar cómo se siente la paciente, especialmente si el examen fue invasivo, como la colocación del DIU o una evaluación bimanual. El consentimiento también implica un recordatorio de

que el consentimiento se puede retirar en cualquier momento.

No atribuya la idea de que, debido a que alguien está en su oficina para un examen anual, se presume el consentimiento para lo que está involucrado en ese examen. Tampoco dé por hecho la idea de que porque alguien está en trabajo de parto, se presume el consentimiento para todos y cada uno de los exámenes vaginales.

Como parte de escuchar atentamente y el consentimiento informado, en palabras de la doctora Stephanie, “si la vagina de alguien se contrae, me detengo. Incluso si la persona me dice que “simplemente lo haga” o “termine con esto”, escucho la respuesta inmediata del cuerpo y me detengo. Luego tenemos una conversación sobre lo que sucedió y por qué, y juntas decidimos si esperar para una visita futura o comenzar de nuevo. Para mí, si la vagina se aprieta, el cuerpo no está dando su consentimiento para un procedimiento, y las palabras como "simplemente hazlo" y "termina de una vez" no significan consentimiento y me detengo. Y tú también deberías.” (párr.1)

5. Reconocer el poder

En este aspecto Tillman habla de la diferencia de poder y control entre la especialista y la paciente. Y ofrece diferentes ejemplos para contrarrestar esta diferencia: “Siéntese igual o más bajo que la paciente. Pregunte qué dudas tiene alguien antes de comenzar con su proceso estándar. Pregunte si todas sus preguntas fueron respondidas. Levante la cabecera de la mesa de examen para que puedan verlo durante una evaluación genital. Ofrezca el espejo durante la segunda etapa de empuje (en el proceso de parto) para que [la paciente] pueda ver cómo le está yendo, y el poder de comunicar el progreso no está solo en sus manos. Ofrezca [...] visitas separadas para exámenes difíciles, etcétera.”

Nunca forzar a una mujer en nombre de la atención médica. Nunca.

Las mujeres adoptarán la posición necesaria como señal de consentimiento, y lo harán cuando estén listas. Durante cualquier examen, las piernas cerradas deben comunicar un "NO" alto y claro. **No hay absolutamente ninguna necesidad de separar las rodillas, usar el dorso de una mano enguantada para "guiar" los muslos internos hacia afuera o forzar la mano entre las piernas cerradas.** Usa tus palabras, y ella usará sus acciones.

* Nota: Es muy importante para nuestro proyecto, enfatizar la siguiente declaración de la Doctora Stephanie Tillman:

“(...) Los estribos, en mi opinión, son una posición forzada y permanente, que elimina el poder de alguien para detener un examen, hasta que el proveedor cambie su

posición y permita que la persona se mueva. Los estribos son oportunos solo cuando es necesario, para apoyar a alguien con necesidades físicas que requiere esa posición para apoyar sus piernas, o para pacientes que solicitan comodidad o asistencia (...). De lo contrario, la mesa secundaria funciona perfectamente bien, y las personas pueden salir de esa posición cuando sea necesario”.

6. Practica el lenguaje

Se debe trabajar en un lenguaje que sea cómodo para las pacientes, practicar escenarios clínicos y cómo discutirlo con personas de diferentes niveles de conocimiento en salud. para luego practicarlo en el nivel de lectura promedio de su población de pacientes. Estas situaciones de práctica permiten equivocarse y luego corregirlo. Escriba guiones, busque en línea el idioma que funcione para usted y practique fuera del entorno del paciente. Ejemplos de situaciones en las que sería negligente tropezar lingüísticamente:

Embarazo no deseado

Diagnóstico de infección de transmisión sexual

Cuidado a personas Trans

Elegir un plan de adopción

Corte genital femenino

Anomalías fetales

7. Mecanismos de detección sensibles

Las herramientas de detección como el historial médico, son un buen punto de partida para comenzar discusiones sobre temas delicados. La herramienta de evaluación escrita permite la privacidad al completar el formulario antes de ingresar a la sala y buscar mejores opciones según las necesidades individuales. Los mecanismos de detección sensibles son una forma de reconocer ciertos problemas, particularmente con pacientes nuevas, son una forma de iniciar el proceso empático y crear espacio para métodos de informes individuales.

Para detectar situaciones como: depresión, violencia doméstica, seguridad financiera, estabilidad alimentaria, abuso de sustancias, seguridad del hogar, acceso de transporte, historia de agresión sexual. En caso de tratar con una nueva paciente, considere repetir el llenado del historial en una o dos visitas, para permitir un cambio en la apertura una vez que la persona se sienta más cómoda compartiendo información con usted.

En caso de detectar una situación grave en la primera visita, considere los enfoques inmediatos, incluido el cambio de enfoque de esa visita, entendiendo que si comparten información tan sensible la primera vez que se reúnen, es una urgente llamada de ayuda. Si observa que sus pacientes en particular tienen problemas con un

determinado problema, se recomienda crear su propia encuesta para atender la atención adecuada.

8. Aplicar *cliteracy*⁴

Los especialistas médicos olvidamos que insertar los dedos en la vagina es exactamente la forma en que las mujeres son estimuladas, tienen relaciones sexuales, son violadas o maltratadas, reviven experiencias previas, o tener respuestas físicas automáticas al tacto. Es de importancia crítica para todos los proveedores reconocer la sensibilidad de estos exámenes, cada vez que se realizan: controles cervicales, evaluación vulvar bimanual o externa, examen rectal, evaluación de prolapso, inserción y extracción de espéculo. **Cualquier procedimiento que tenga que ver con la vagina, aunque sea considerado un procedimiento clínico rutinario para la ginecología, debe emplearse sólo cuando sea necesario y con la máxima sensibilidad.**

Respecto al clítoris. Específicamente, lo que hacen los especialistas de ginecología con el pulgar cuando uno o dos dedos están dentro de la vagina durante un examen vaginal, un examen cervical o una evaluación bimanual. El posicionamiento natural de la mano deja el pulgar descansando sobre el clítoris. No lo haga. Piense en lo confuso que puede ser para un cuerpo cuando, por un lado, la mente sabe que es una experiencia de atención médica, pero luego el pulgar presiona la parte del cuerpo que recibe señales de placer.

9. Referir intencionalmente

Referir un paciente a otro especialista debe ser tan considerado y respetuoso como la atención que se desea brindar. Ejemplos: se debe hacer todo lo posible por encontrar un clínico que hable el idioma del paciente, si eso fuera crítico para su atención. Utilice redes de especialistas LBQT verificadas y afirmativas. Tenga una idea general de los seguros que se aceptan, o las opciones de ayuda pública disponibles antes de enviar a los pacientes allí. Preferentemente tratando de visitar cada sitio de referencia o, como mínimo, llamarlos y hacerles preguntas sobre la disponibilidad de idiomas, los entornos amigables LBQT y la flexibilidad de los seguros, antes de enviar a un paciente allí. Dejar en claro a la paciente que si la opción referida no cumplió con sus expectativas se pueden encontrar otras opciones.

10. Leer con intención

Es por todos sabido que los médicos están ocupados, estar al tanto de las últimas pruebas es la prioridad de lectura profesional. Sin embargo, hay algunas maneras fáciles de integrar la lectura feminista en sus planes profesionales

y personales. Especialmente al ser una especialista en ginecología.

Existe gran diversidad de recursos digitales confiables como blogs, cuentas de Twitter, grupos de Facebook así como eventos presenciales, libros, y documentos consultables en línea, que pueden ser de ayuda para introducirse y actualizarse en el tema.

11: Tratamiento acelerado

Referir a recursos externos tomando en cuenta los recursos de transporte y tiempo de la paciente, para minimizar problemas de acceso.

El acceso a un tratamiento efectivo para su paciente y su (s) pareja (s) es un problema de justicia reproductiva, y como su proveedor, su trabajo para conseguirle el tratamiento lo más rápido posible proporciona un enfoque holístico del tratamiento.

12. ¡Anúnciate!

Da a conocer tu enfoque feminista en la atención médica ginecológica. Poco a poco podría formarse una red de especialistas con el mismo enfoque y más mujeres podrán tener acceso a una atención holística. Cada día crece la búsqueda de servicios médicos que se identifiquen como feministas

Conclusiones

A pesar de la existencia de recomendaciones y legislación para asegurar el acceso de las mujeres a un servicio médico basado en derechos humanos, es imposible seguir tal reglamentación cuando los problemas estructurales que originan violencia en la atención médica no son atendidos ni visibilizados.

4. CLITERACY. Término que la autora de esta guía, Stephanie Tillman, adopta a partir de la instalación de la artista y politóloga Sophia Wallace que defiende que todos los organismos tienen derecho al placer y que es fundamental para la ciudadanía plena.

“(...) las mujeres poseen y producen diferentes tipos de conocimiento de sus contrapartes masculinas, y estos diferentes tipos de conocimiento deben ser reconocidos y utilizados como un recurso, en lugar de ser marginados.”

Shaowen Bardzell (2010)

SHAOWEN

DISEÑO POR Y PARA MUJERES 4.0

Algunos productos diseñados para mujeres y personas con vulva

Consideramos sumamente importante reconocer y visualizar la historia de productos que han sido clave para el desarrollo de cómo diseñamos y percibimos el cuidado de la salud y bienestar sexual de las mujeres- A forma de introducción para explorar el diseño por y para mujeres, a continuación presentamos una línea del tiempo que muestra algunos de estos diseños.

Realizamos esta línea del tiempo con información del gran trabajo de investigación y curaduría de Jimena Acosta Romero y Michelle Millar Fisher, Haré lo que deseo, *I Will What I Want*, Diseño y empoderamiento femenino (2018)

Antiguo Egipto

Primeros ejemplos documentados de una prueba de embarazo a base de orina. La orina de una mujer embarazada cambia la forma en que crecen las semillas de trigo y cebada.

1896

Toallas Lister
Algodón cubierto con gasa



Fig. 28 Anuncio de Toallas Lister

1920

Cellucotton, Kotex, Kimberly Clark
Presentaciones de toalla y tampón. Con un enfoque empresarial para vender inventarios sobrantes de la posguerra



Fig. 29 Anuncio de Kotex

1936

New Freedom

Productos para la menstruación fabricados masivamente en los primeros años del siglo XX

1940

**Tampones O.B
Judith Esser Mittag**
Sin aplicador

1969

Stay Free, Kotex
Toalla que se adhería a la ropa interior



Fig. 30 Toallas New Freedom de Kotex



Fig. 32 Tampones Judith Esser Mittag



Fig. 33 Anuncio toalla Stay Free de Kotex

Tampax

Comercialización 1936
Tapón con tubo aplicador de cartón que evitaba el contacto con la vagina

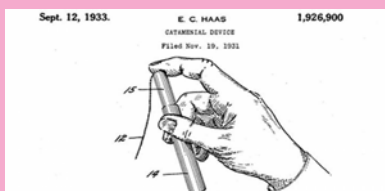


Fig. 31 Dibujo registro de tampón Tampax

1970

Las mujeres y sus cuerpos

Se publica el folleto de 193 páginas con el título “Las mujeres y sus cuerpos”. Este folleto fue desarrollado en 1969 en el marco de un taller sobre “Las mujeres y sus cuerpos”, donde 12 mujeres de 23 a 39 años se reunieron en una conferencia sobre la liberación femenina convocada en la universidad Emmanuel de Boston. Compartieron información e historias personales, y discutieron sus expectativas con los doctores. Plasmaron éste conocimiento en un formato accesible que podía compartirse y que serviría como modelo para las mujeres que querían aprender sobre sí mismas, comunicar sus hallazgos con los doctores y desafiar a la institución médica para cambiar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Fue revolucionario por la franqueza con la que abordaba los temas de la sexualidad y el aborto.

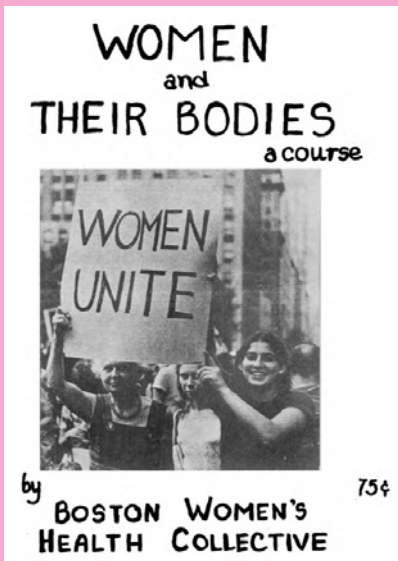


Fig. 34 Folleto "Women and their bodies"

1971

Predictor, Margaret Crane

Kit con el que las mujeres podían hacerse la prueba de embarazo en su propia casa. Creado por Margaret Crane, diseñadora gráfica en las oficinas de la farmacéutica Organon, quien se dio cuenta que había un segmento de mercado –y una necesidad real– para un producto que permitiera a las mujeres asumir el control de su propia salud, aprovechando los métodos existentes de prueba.

Crane rediseñó la presentación del kit de pruebas de embarazo en 1967, el kit constaba de un gotero, una probeta, un espejo. Este fue lanzado al mercado en 1971. Poco después se concedió la licencia de fabricación a varias empresas estadounidenses.



Fig. 35 Kit Predictor de M. Crane

Nuestros cuerpos, nuestras vidas
Segunda edición, Boston's Women's Health Collective

Cambian el título a *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* para enfatizar el hecho de que las mujeres tomaban el control completo de sus cuerpos

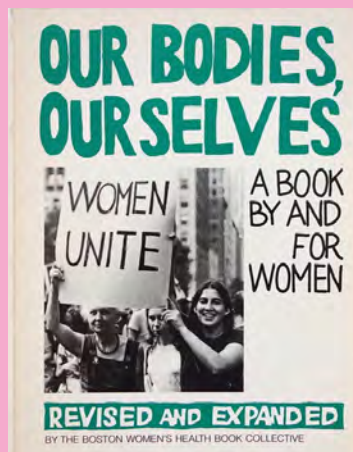


Fig. 36 Folleto "Our bodies, ourselves"

1977

Early Pregnancy Test, "Prueba a prueba de errores". Warner Chilcott

Prueba de embarazo diseñada para usarse en casa en los Estados Unidos desarrollado a partir del rediseño de Crane, espera de dos horas, y tenía un mayor grado de precisión para los resultados positivos 97%, que para los negativos 80%, varias otras fueron aprobadas el mismo año



Fig. 37 "Early pregnancy test"

1985

Prueba de embarazo Clear Blue

Unilever, Reino Unido

Pruebas innovadoras por su velocidad relativa. En 30 minutos se obtenía un diagnóstico de embarazo. El nombre de producto se deriva de la línea azul que aparece en la prueba cuando el resultado es positivo, y el hecho de que el uso de la prueba es “claro y sencillo.”



Fig. 38 Prueba de embarazo "Clear Blue"

2010

Path. Condón interno

Bolsa de poliuretano de alrededor de 23 cm de largo que se ajusta a la vagina. Tiene un aro exterior flexible que protege los genitales externos. La bolsa se empaqueta dentro de una película delgada que facilita su manejo.



Fig. 40 Path, condón interno

2013

Diafragma moldeado Caya

Dispositivo anticonceptivo de barrera diseñado en silicona, material más duradero y resistente que el látex. Fácil de usar, seguro y confiable, y funciona como una opción para permitir a las mujeres tener el control de su cuerpo cuando no tienen acceso o no pueden usar métodos hormonales.

Los inicios del diafragma Caya se remontan a la conferencia internacional sobre población y desarrollo de la ONU, donde se abordó el tema de la contracepción en regiones de bajos recursos.



Fig. 41 Diafragma moldeado Caya

1988

Prueba de embarazo Clear Blue

Prueba de paso único

1996

Prueba de embarazo Clear Blue

Tiempo de espera se reduce a un minuto

2003

Prueba de embarazo Clear Blue

Opción de resultado digital



Fig. 39 Prueba digital de embarazo "Clear Blue"

Aplicación de Smartphone, Clue

Aplicación para el monitoreo de periodo menstrual y ovulación



Fig. 42 App "Clue"

2015

**Aplicación para smartphome.
Flo**

Aplicación desarrollada para el seguimiento de menstruación y ovulación, contiene consejos diarios de salud, seguimiento de desarrollo de embarazo y post-embarazo, además de interacción anónima para realizar preguntas a las otras personas usuarias.

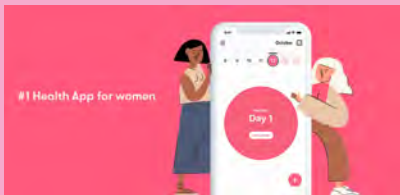


Fig.43 App "Flo"

2015

**Labella. Teresa Almeida,
Ko-Le Chen, Gavin Wood y
Madeline Balaam**

Sistema de realidad aumentada que conecta un teléfono celular con un calzón para crear una interacción íntima con el cuerpo. El teléfono se convierte en un espejo que refleja el sello de la pelvis y ayuda a la usuaria a identificar y nombrar, sus diferentes partes (labios, el clítoris, la uretra, la vagina entre otros.)

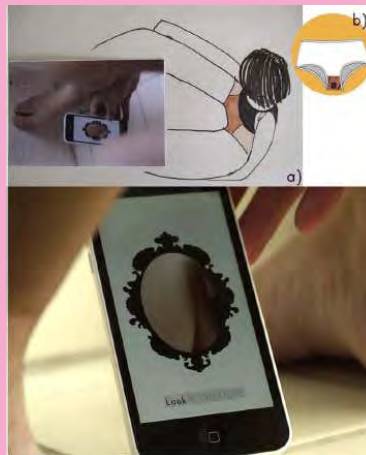


Fig. 44 Labella

2016

**Ruby Life.
Copa menstrual Rubycup**

Recipiente flexible de silicona 100% grado médico, sustentable y reutilizable, recolecta y retiene la sangre. Se inserta tomando la parte superior de la campana y se vacía, se lava y se reinserta, proceso que se repite dependiendo del flujo. Por cada rubycup que se venda la empresa fabricante dona una para niñas y niños que menstrúan de bajos recursos.



Fig. 45 Copa menstrual Ruby Life

2017

Silla de parto vertical

El uso de la silla maya se ha reinsertado en la práctica del parto humanizado y vertical. El uso de este objeto ha funcionado como respuesta a una cultura obstétrica contemporánea: en ésta, la paciente acaba de pariendo acostada, posición que privilegia la visibilidad y comodidad del doctor, mientras que reduce el control y la fuerza de quien está en trabajo de parto.

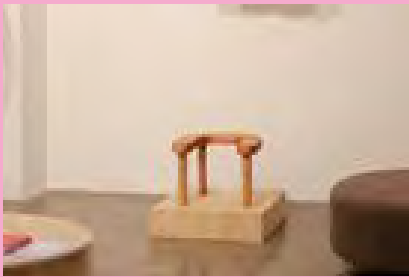


Fig. 46 Silla de parto vertical

“Mujeres que piensan que ya lograron todas las metas de transformación de género y no se percatan que “el género” es su categoría social y a ella pertenece la mayoría pobre y cuidadora del mundo: las mujeres.”
Marcela Lagarde (2018)

Diseño Feminista

Desde que nos planteamos la idea de trabajar en equipo, sabíamos que el fundamento de nuestro trabajo y nuestro proyecto de vida estaría basado en los principios del feminismo. Es a partir del Diseño Feminista que encontramos enfoque para concluir nuestro periodo de Licenciatura e iniciar nuestro desarrollo profesional.

Como introducción, retomamos las formas en las que el feminismo como campo académico se interpreta a sí mismo, presentadas por Shaowen Bardzell, profesora de Informática en la Facultad de Informática, Computación e Ingeniería de la Universidad de Indiana y miembro principal de la facultad en el programa HCID (Diseño de interacción computadora-humano). La investigación de Bardzell se centra en estudios interdisciplinarios sobre epistemología y métodos feministas de ciencias sociales . **“Académicamente, el feminismo es visto a menudo como un dominación de teoría crítica que examina "las formas en que la literatura (y otras producciones culturales [como el diseño]) refuerza o socava la opresión económica, política, social y psicológica de las mujeres". (Bardzell, 2010)**

“El feminismo integra una colección de teorías, metodologías analíticas e interpretativas, valores éticos y posiciones políticas, que han evolucionado durante los últimos dos siglos.” (Bardzell, 2010) que como herramientas en el diseño permiten generar procesos dinámicos y fructíferos por su alta relevancia y la conexión que resulta de su implementación con las personas usuarias.

En su documento, Bardzell presenta de forma resumida las tres fases principales por las que ha pasado el feminismo históricamente:

- **El feminismo de la primera ola (1830-1920)** se refiere al movimiento sufragista a finales del siglo XIX / principios del siglo XX en los Estados Unidos y el Reino Unido que se centra sobre los derechos de las mujeres a votar y participar en un gobierno democrático.
- **La segunda ola del feminismo (1960-1980)** corresponde con el movimiento intelectual del humanismo liberal y se ocupa de la emancipación de las mujeres de las estructuras patriarcales y argumenta en contra de la opresión de las mujeres. Incluye el feminismo liberal, el feminismo radical y el feminismo negro, entre otros.
- **La tercera y actual ola de feminismo** alcanzó una masa crítica a principios de la década de 1990 y confronta la posición esencialista de la segunda ola sobre la feminidad. Incluye el feminismo posmoderno, el feminismo poscolonial y el ecofeminismo, entre otros. Para la tercera ola, en lugar de tratar a la "mujer" y la "feminidad" como hechos dados, biológicos o no, el feminismo de la tercera ola explora la construcción del género en los medios, las

instituciones, las actuaciones encarnadas, el discurso científico, etc. La tercera ola se basa en el famoso dicho de Simone de Beauvoir: "Uno no nace mujer, sino que se convierte en una" *“One is not born a woman, but becomes one”*. (Bardzell, 2010)

Partiendo de las ideas del feminismo contemporáneo donde el género se construye durante la vida cotidiana por medio de la artificialidad que nos rodea y auxilia, se han construido metodologías de diseño que aplican esta y otras ideas del feminismo como una guía en el proceso creativo.

Abrimos la discusión a una visión del diseño poco explorado en el panorama nacional, el diseño a través del feminismo. A pesar de ser un enfoque poco conocido nacionalmente, en México se ha escrito sobre el tema desde el siglo pasado.

Producto de su trabajo de investigación Shaowen Bardzell puntualiza el ejercicio de la teoría feminista como punto de partida para construcción de conocimiento, “La teoría feminista comienza con la suposición de que todos los intentos de conocimiento están socialmente ubicados y que algunos son mejores que otros como puntos de partida para el conocimiento.” (Bardzell, 2010) conocimiento que guía las decisiones para construir nuestra realidad. **“La producción de conocimiento está inevitablemente enredada en actos de poder, y en las sociedades patriarcales, se suprime el conocimiento de las mujeres. En consecuencia, la teoría feminista aboga por el uso de los puntos de vista y experiencias de las mujeres como un punto de partida (...)”** (pág. 2) Relevante en todos los campos e imprescindible en los aspectos de la vida directa y mayoritariamente relacionados con mujeres y personas con vulva.

Esta teoría sostiene que las expectativas culturales y las convenciones en las sociedades patriarcales limitan a las mujeres a ciertos roles con acceso desigual a los recursos. Que sistemáticamente las posiciona en estados de vulnerabilidad y que limita su potencial de revertir este estado, pues la falta de reconocimiento formal a fuentes distintas de información al sistema patriarcal silencia la experiencia de las mujeres y las segrega como experiencia personal cuando en realidad son herramientas valiosas de transformación.

En su expresión más utilitaria en nuestro proceso de diseño la teoría feminista “introduce simultáneamente un nuevo dominio de investigación de [persona] usuaria, la [persona] usuaria "marginal", que nos obliga a pensar en lo que eso significaría, e implica un nuevo conjunto de estrategias y métodos para la investigación de [persona] usuaria.

Que en nuestro caso de trabajo se refiere a la mujer o persona con vulva sobre la mesa de revisión, que dejando

a un lado agravantes como la falta de conocimiento, trauma previo o condiciones fisiológicas, nunca se han tomado en cuenta sus necesidades y preferencias, donde las personas usuarias han estado a merced de decisiones tomadas mayoritariamente por hombres, grupo que favorecido por el sistema patriarcal ocupó, sin ninguna fuerza de contrapeso, las escuelas y los espacios de toma de decisiones en la medicina.

"El feminismo es la crítica más poderosa de la historia del diseño hasta ahora"
Margolin (2001)

Un punto necesario de discutir es que al clarificar que además de referirnos al hombre que como individuo que replica y genera actitudes que pueden agravar la represión y desventaja sistemática de las mujeres y personas con vulva, el patriarcado como formador de pensamiento influye en todas las personas sin importar el género y perpetra su forma de pensamiento también en mujeres, donde la situación actual se muestra como la normalidad, nos referimos a esto pues es necesaria la reflexión para evidenciar que estas condiciones de lo normal son producto de una forma de pensamiento y al hacerlo se hace posible y obvio la posibilidad de que existan otras formas de pensamiento.

Durante nuestro proceso de investigación e ideación, escuchamos mujeres que a pesar de admitir que el servicio no es ideal, lo consideran un mal necesario pues no imaginan la posibilidad de una realidad diferente. Una donde sea posible cambiar significativamente las condiciones dentro del consultorio o el uso de algunas herramientas como el espéculo o las pierneras.

Ha sido necesario visibilizar las fuentes de información y los sesgos personales para sobreponer una objetividad sensible y responsable que responda al grosor de las pacientes y que en relación simbiótica genera resultados acordes a la ideología feminista.

Las críticas con enfoque feminista del diseño "señalan que las mujeres como consumidoras y diseñadoras de artefactos están condicionadas por los grupos dominantes (es decir, los hombres)"(pág. 2). Una de las principales fuerzas causantes de este condicionamiento ha sido el autoengaño del diseño como disciplina que se cree ajeno a las problemáticas socioculturales sin reconocer que es un producto de una sociedad y al mismo tiempo una fuerza influenciadora.

Citada en Feminist HCI: Taking Stock and Outlining an Agenda for Design, Cheryl Buckley escribe que la noción de patriarcado es fundamental para comprender el papel de las mujeres en el diseño (es decir, cómo se omiten del diseño y a menudo sólo se hace referencia en relación con sus parejas masculinas y / o miembros de la familia).

El resultado, afirma, es que el patriarcado en el diseño impide que las mujeres participen plenamente en todas las áreas de la sociedad, así como en diferentes sectores del diseño. Buckley aboga por el uso de la teoría feminista en la investigación de diseño para **"delinear la operación del patriarcado y la construcción de lo" femenino "e insta a los investigadores de diseño a comprender las contribuciones de las mujeres al diseño como producto de una división sexual del trabajo"**.

"Tener una conciencia feminista significa usar la tecnología de manera apropiada, ambientalmente sensible y estéticamente agradable."
Amelia Amon (2012)

Diseño para la experiencia

"Se ha sugerido que las emociones son estados de preparación para la acción. Por ejemplo, sentir miedo prepara para huir. (...) si se experimenta deseo, existe un acercamiento al producto; por el contrario, si se presenta frustración, hay alejamiento de él."
Ortíz Nicolás (2017)

Nuestro acercamiento al diseño para la experiencia así como el desarrollo de propuestas a partir de esta metodología, inició durante la asignatura "Diseño para la experiencia" impartida por el Doctor Juan Carlos Ortíz Nicolás.

Ortíz habla sobre el reciente auge de enfocarse en los seres humanos al momento de diseñar y que si bien esto tendría que ser el fin del diseño, existen numerosos productos centrados en las necesidades del diseñador, en la tecnología, o en el sistema económico vigente. Ante esto, surgieron enfoques centrados en las personas o en las experiencias.

Paradójicamente, es precisamente el sentir de las personas uno de los factores más excluidos sistemáticamente en el diseño. Esto no sólo sucede en cuanto a emociones y sentimientos, sino también en relación con las experiencias corporales y sensoriales. (Ortíz, 2017)

Consideramos el diseño para la experiencia como el conjunto de herramientas más pertinente para desarrollar las bases de nuestra propuesta junto con el diseño feminista, ya que se enfoca en las personas y sus emociones al momento de la interacción física o mental

Ortíz (2014), propone la siguiente definición de "experiencia del usuario":

“La valoración subjetiva (agradable/desagradable), intencional, interconectada y consciente resultado de la interacción usuario-producto, la cual ocurre en un contexto y tiempo determinados.” (pág. 4)

El autor menciona también que la “experiencia del usuario “ es solo una parte de la experiencia humana y en la que se centran todas las experiencias presentes y pasadas de nuestras vidas. Destacando, a su vez, que la experiencia es subjetiva, intencional, interconectada, emocional, temporal y dinámica, y está relacionada con la conciencia.

La experiencia de usuario en el diseño de productos toma en cuenta al ser humano desde una perspectiva holística, por lo que incluye corporeidad, afectividad, valores y deseos. Para el proceso de diseño, es necesario considerar los siguientes elementos y subelementos mencionados por Ortíz:

Elementos que impactan la experiencia de las personas: **usuario (persona), artefacto, interacción y contexto.**

El contexto, se divide en seis sub-elementos:

- Espacial**, que se refiere al espacio donde ocurre la interacción, e incluye características de iluminación, color y temperatura.
- Social**, que se refiere al impacto que representa la presencia de otras personas durante la interacción.
- Sistémica**, que se refiere a la relación del objeto con otros objetos y/o componentes.
- Situacional**, que se refiere a la situación en la que se encuentran las personas al momento de la interacción, observando que si la persona se encuentra en un estado negativo, como en estrés o nerviosismo, su interacción con el objeto puede verse afectada.
- Cultural**, se refiere al impacto de la cultura (idioma, normas) en la forma de experimentar los productos.
- Temporal**, se refiere al cambio de la interacción a través del tiempo.

Ejemplificamos y aplicamos esta metodología en la tabla "Contexto rediseño de la experiencia ginecológica" (Tabla ver página 130.)

A partir del entendimiento de estas categorías, podremos diseñar la experiencia desde el entendimiento de las estructuras y características que rodean a las personas para quienes diseñamos.

El diseño para la experiencia tiene como fundamento considerar empáticamente las necesidades, esperanzas, miedos, sueños, sentimientos, deseos, y valores de las personas para el desarrollo de proyectos de diseño industrial, por esto consideramos a este método

primordial en nuestro proyecto.

Interacción y afectividad

La interacción se refiere a la relación entre las personas y los artefactos. Esta relación no depende de la conclusión de una tarea y es fundamentalmente diferente de la experiencia, reconociendo a **la interacción como el medio por el que se vive la experiencia.**

El diseño tradicionalmente se ha enfocado en los aspectos cognitivos de las personas y ha ignorado los factores afectivos y sensoriales. **Una de nuestras principales razones para diseñar la interacción es que considera la complejidad de la afectividad, al reconocer e implementar soluciones que incluyen ambos aspectos.**

En nuestra relación con los objetos es el sentido del tacto “el único que no se puede cerrar (...), al tocar siempre se es tocado”. Por eso es capaz de activar la afectividad, pues **alguien podría sentirse agredido o amado según quién o qué lo toque. Este aspecto es de vital importancia en nuestro proyecto.**

“... en definitiva, la afectividad es una característica fundamental del ser humano, al igual que su corporeidad. De ahí que la abordemos mediante la interacción con el fin de que no se siga ignorando al diseñar.”
Ortíz Nicolás (2017)

Al menos tres factores ligan a la afectividad con la interacción: la acción de la afectividad, la estética de interacción y la experiencia de usuario.

Estética de la interacción

Otro elemento que incluye el factor afectivo en la interacción persona-producto es la estética, que en el contexto actual no se restringe únicamente a aspectos visuales.

Los productos pueden ser bellos lo mismo en su uso que en su interacción. Incluyendo la acción y la reacción de las personas, así como los movimientos ideales, considerando la extensión, la amplitud, la flexión, etcétera, sin que ello excluya los factores estéticos tradicionales

Tipos de interacción

Los tipos de interacción son divididas por Ortíz, en dos grandes grupos: interacción mediante contacto tangible e interacción mediante contacto mental, refiriéndose directamente al cuerpo con la palabra “contacto”. (Ortíz, 2020)

La **interacción mediante contacto tangible** considera

el proceso reflexivo implícito en el encuentro con un artefacto, seguido del contacto físico con este.

La **interacción mediante contacto mental** se refiere a “los procesos cognitivos y afectivos que se activan en la persona al interactuar con un producto sin la necesidad de tocarlo”.

Para el diseño de la interacción, se trabaja desde las **propiedades de la interacción**, catalogadas por el mismo autor, seleccionando las pertinentes para nuestro trabajo de investigación y diseño:

Ligera-Pesada. Propiedad relacionada con el peso del artefacto.

Fría-Cálida. Propiedad relacionada con la temperatura del artefacto.

Rígida-Flexible. Propiedad asociada a las características de los materiales.

En red-Independiente. Se refiere a si el artefacto es parte de un sistema o si no se relaciona con otros para cumplir su función.

Trabajaremos con estas propiedades en el proceso de diseño y rediseño de los productos que forman nuestra propuesta, para lograr la interacción que deseamos entre estos y las mujeres usuarias.

Diseño centrado en personas. HCD

Buscando metodologías empáticas con las personas para quienes se diseña, es inevitable hablar del Diseño centrado en humanos, conocido mayormente como Human Centered Design.

El Diseño centrado en el usuario es definido por The Human Centered Design Society, como el diseño que se centra en sistemas interactivos en lugar de pasivos, cualquier cosa con la que un humano pueda interactuar independientemente de la tecnología, el proceso o la comunicación.⁷

Pero el Diseño centrado en Humanos va más allá de esta definición; Richard Buchanan (Buchanan, 2001), cita al Doctor Kadir Asmal, quien refiere que el Diseño tiene su propósito y sus raíces en los valores y la vida constitucional de un país y sus habitantes, siendo un principio que une a todos los países en la emergente cultura global de nuestro planeta, el diseño está fundamentalmente anclado a la dignidad humana y a los derechos humanos.

Según el Manual de Campo para el Diseño Centrado en Humanos de IDEO, el proceso de esta metodología está diseñado para **aprender directamente de las personas** y para la apertura de posibilidades creativas. (IDEO, 2015) Después de esta apertura, podremos concentrarnos en lo

más: deseable, factible y viable. En este manual también se enfatiza que la falta de éxito en propuestas, se debe en gran parte a la falta de empatía y entendimiento a las personas para las que se diseña.

“... rara vez se llega a soluciones nuevas e innovadoras si siempre sabes exactamente dónde estás yendo.”

The Field Guide to Human-Centered Design
IDEO (2015)

En cuestiones de Diseño, en este caso de Diseño de Producto centrado en humanos, tanto en la Academia como en la práctica profesional tendemos a entender al HCD como un conjunto de análisis de estética, usabilidad, economía, ergonomía y tecnologías. Pero ¿qué pasa con los otros análisis necesarios para nuestros proyectos?, los análisis de las implicaciones políticas y éticas de nuestros proyectos de diseño que estructuran la cultura humana. Esto también nos lleva a analizar ¿por qué es tan complicado entablar estas conversaciones? El diseño centrado en humanos implica irremediablemente hablar de Diseño y ética.

¿Es el diseño una declaración política? ¿Es el diseño fundamental para la dignidad humana? Nosotras creemos que sí.

Bajo esta creencia, es fácil asumir que el diseño es capaz de arreglar los problemas de la humanidad. No siempre es así. Lo que sabemos es que nuestra profesión es una forma de crear artefactos que faciliten el intercambio de ideas para moldear la vida civil y política.

Interacción feminista Humana-Computadora (FHCI)

Según Shaowen Bardzell (2010), el feminismo es un aliado natural para el Human Computer Interaction. Así el FHCI (Feminist Human Computer Interaction por sus siglas en inglés) busca priorizar el pluralismo y la participación en el proceso de diseño al involucrarse específicamente con las perspectivas de las personas usuarias que usualmente quedan fuera de la norma fijada y dominada por el universalismo occidental. Perspectivas de grupos como las de mujeres, personas de color, infancias, personas de bajos recursos, y el Sur Global. (Bardzell, 2010)

Bardzell explica que la metodología de FHCI, busca implementar “el enfoque feminista en la toma de decisiones para tomar acción y contribuir al proceso de diseño para generar nuevas ideas de diseño e influir en el proceso de diseño de manera tangible”, y lo llama “contribución generativa”. (Bardzell, 2010)

Aplicando estas ideas el grupo de investigadoras Catherine D'Ignazio, Alexis Hope, Becky Michelson, Robyn Churchill y Ethan Zuckerman señalan que "Las diseñadoras necesitan experiencias de aprendizaje para apreciar las preocupaciones, limitaciones y oportunidades que [los grupos antes mencionados] les brindan." (D'Ignazio et al., 2016)

Según las autoras, el utilizar estos principios como metodología de trabajo puede producir una expresión del feminismo activo en vez de "criticar los casos de opresión después del hecho"

"El feminismo es un aliado natural del diseño de interacción, debido a sus compromisos centrales con temas como apropiación, satisfacción, identidad, equidad, empoderamiento y justicia social".

Shaowen Bardzell (2010)

Como diseñadoras la búsqueda de alternativas metodológicas es una necesidad de formalizar y ordenar el conocimiento "informal" al exponer con claridad el proceso de diseño este se puede compartir y enseñar reduciendo su carácter egocéntrico y elitista. "A medida que aspiramos a desarrollar tecnologías más profundas, ubicuas y universales, inevitablemente también debemos involucrarnos en la creciente complejidad moral e intelectual de nuestras actividades profesionales." (Bardzell, 2010)

Los enfoques feministas pueden integrarse de manera transparente y productiva en todas las etapas del proceso de diseño, incluida la investigación de personas usuarias, la creación de prototipos y la evaluación.

Así como en las preocupaciones por hacer diseño sostenible en el Diseño de Interacción Feminista se "integra una conciencia de los efectos de los artefactos de diseño en sus contextos más amplios y una conciencia de la más amplia gama de partes interesadas a través del razonamiento, la toma de decisiones y la evaluación del diseño" (Bardzell, 2010)

En el desarrollo de nuestra tesis, tomamos estos principios como regentes para las siguientes decisiones: ser claras con la intención de la información que pedimos, pedir consentimiento de las personas entrevistadas y encuestadas para compartir información en este documento y respetar si se desea compartir el nombre o permanecer en anonimato, construir un equipo de asesores y fuentes mayoritarias formado por mujeres, hacer un listado y exponer todas las especialistas que nos han apoyado.

Diseño y ética

¿Cómo nos diseña lo que diseñamos?, es la pregunta de Leyla Acaroglu (2016) en su artículo del mismo nombre. La toma de decisiones que hacemos como diseñadoras, se regula queramos o no, por nuestras referencias éticas, tanto personales como profesionales. Sin embargo, usualmente dentro de nuestra toma de decisiones y a pesar de nuestros antecedentes éticos, solemos anteponer las decisiones de alguien más al momento de diseñar. Como lo menciona Acaroglu, le seguimos pasando la responsabilidad de tomar decisiones "correctas" a otras personas (jefes, clientes, fabricantes, el gobierno) y esto termina convirtiéndose en un juego de "no es mi problema". Entonces ¿quién se responsabiliza de las consecuencias de nuestros diseños en un mundo de producción exponencial e hiper globalizado? El sistema lineal de producción es ciertamente caótico y el cambio a un modelo circular de producción es aún una realidad lejana y la existencia de algo nuevo es a expensas de algo o alguien más.

Las convenciones éticas nacen del diálogo y debate social, son acuerdos para lograr el beneficio y bienestar de la mayoría de las personas. Estos acuerdos sociales requieren constantes reorientaciones para alinearse y ajustarse a los cambios sociales y tecnológicos.

Pero ¿cuál es nuestro papel como diseñadoras de producto? Inevitablemente, a través de nuestros diseños, ejercemos influencia sobre otras personas. Por esto, es nuestra responsabilidad definir la naturaleza de estas influencias.

Desde el inicio, el planteamiento de esta tesis partió desde la ética y hemos aplicado estos principios al acercarnos a las mujeres en cada toma de decisión (entrevistas, encuestas, artículos y documentos escritos por mujeres, médicas y pacientes); tomando en cuenta la información brindada sobre su experiencia en la consulta ginecológica y su retroalimentación sobre nuestras propuestas.

"La ética no es una opción: las conversaciones deben tener lugar al aire libre, no detrás de puertas cerradas o protegidas por las estructuras legales privilegiadas y perversas de los propietarios de la información. "

Leyla Acaroglu (2016)

Empatía en el diseño

La empatía es un concepto ambiguo de la psique humana. Es definida por Simone G. y Shamay-Tsoory (2011) como la capacidad para compartir emociones, así como la capacidad para comprender los pensamientos, deseos y sentimientos de la otra persona.

El psicólogo Mark Davis ha sugerido que existen 3 tipos de

empatía. (Delgado, 2020)

1. Empatía cognitiva. Se trata de una empatía “limitada” ya que solo adoptamos la perspectiva del otro. Esta empatía implica que somos capaces de comprender y asumir sus puntos de vista y ponernos en sus zapatos. Es una empatía que nace de la comprensión intelectual.

2. Distrés personal. Se trata de sentir, literalmente, los sentimientos del otro. Esta empatía entra en acción cuando vemos a alguien sufrir y sufrimos a su lado. Algunas personas son tan propensas a manifestar este tipo de empatía que sus sentimientos las arrasan, sometiéndolas a un gran estrés, es lo que se conoce como «Desgaste por Empatía».

3. Preocupación empática. Habilidad para reconocer los estados emocionales de los demás, sentirnos conectados afectivamente y, aunque podamos experimentar cierto grado de distrés personal, ser capaces de gestionar ese malestar y mostrar una preocupación auténtica. La persona que experimenta este tipo de empatía se moviliza para ayudar y consolar, no se queda paralizada por los sentimientos.

“La clave del diseño empático es comprender cómo la usuaria ve, experimenta y siente algún objeto, entorno o servicio en la situación en la que utiliza el objeto.”
Koskinen (2003)

Koskinen, et. al mencionan dos de los grandes errores al momento de diseñar: **1. Asumir que las personas para quienes diseñamos son iguales a nosotras, y 2. Ver a las personas para quienes diseñamos como personas completamente ajenas a nosotras, sin tomar en cuenta nuestras similitudes. Así que el Diseño Empático radica en “navegar” entre estos extremos.**

Nuestra formación como diseñadoras nos permite aprender acerca de las experiencias de las personas para quienes diseñamos, quienes piensan y sienten diferente a nosotras. La empatía radica en identificarnos con esas experiencias ajenas, entendiéndolas para el desarrollo y diseño de productos, artefactos, y s-ervicios para personas que probablemente nunca conoceremos.

Diseñar es transformar, intervenir, configurar objetos para hacerlos usables por personas. Bajo la enseñanza clásica del diseño sabemos que es necesario conocer sobre el proyecto en el que trabajamos, se nos enseñan metodologías para investigar, pues sería imposible prepararnos para todos los escenarios posibles. Sin embargo existe un común denominador en la gran mayoría de proyectos; que el diseño es utilizado, convive, sirve a seres humanos. Por lo que sería ideal buscar conocer y entender de forma más profunda para hacernos

expertas de lo humano.

Conclusiones

Con los años ha ganado popularidad el diseño emocional, el diseño para la experiencia. La reproducción de su enseñanza se ha simplificado, reduciendo estas metodologías a un paquete de herramientas que permita hacer mercantizable los aspectos humanos de la interacción. Herramientas que generalmente objetiviza a las personas y las reducen a fuentes de información.

A pesar de que existen metodologías y herramientas para empatizar al momento de diseñar; hablando específicamente desde la enseñanza que experimentamos y nuestras observaciones en la práctica profesional, la empatía no figura como una de las herramientas esenciales y prioritarias en el proceso de diseño.

Este capítulo presenta una breve pero simbólica aportación al desarrollo de la construcción de conocimiento en torno a la relación entre diseñar y la teoría feminista.

Cuando se trabaja en la construcción de nuevas herramientas, comenzar con el reconocimiento de la necesidad de estas es el primer paso. Como mujeres, tanto la historia de nuestros cuerpos como de los objetos que nos rodean están plagadas de ideas y percepciones impuestas por hombres, con prioridades muy diferentes a las que realmente nos aportan el mayor potencial de bienestar.

La interacción que existe en una consulta ginecológica es única. Los valores y herramientas que el diseño feminista provee permite hacer reflexiones profundas que permiten diseñar soluciones que respondan adecuadamente a las necesidades y problemáticas reales de esta interacción.

La necesidad de que mujeres y pv diseñen para mujeres y pv existe por el conocimiento que surge de las experiencias personales y de la empatía. La experiencia inherente del cuerpo presenta una gama de sensaciones que por corporeidad, es inaccesible a los hombres y personas sin vulva. Estas sensaciones pueden ser compensadas con procesos de investigación, pero existen proyectos trascendentales con características únicas, como diseñar para la ginecología, que deben ser abordados por mujeres.

“(...) tratar a una persona como persona le ayuda con el dolor.”

Elena González

ELENA

5.0
INVESTIGACIÓN PARA
DESARROLLO DE PROPUESTAS

En este capítulo presentamos nuestro trabajo de investigación sobre las condiciones actuales de los espacios en los que ocurre la consulta ginecológica, además de nuestras observaciones sobre las propuestas tangibles existentes.

Investigación de campo

Es indispensable, desde la metodología que seguimos para el desarrollo de este proyecto, una extensa investigación directa y constante con las mujeres que asisten a las consultas ginecológicas así como a especialistas de la salud. Para esto, realizamos visitas, entrevistas y encuestas.

Estrategia

- Analizar cada una de las etapas de la consulta ginecológica desde la experiencia de las pacientes. Este análisis fue realizado a partir de entrevistas y encuestas a mujeres con experiencias relevantes que:

- a) Han asistido a una cita ginecológica.

- b) Nunca han asistido a una cita ginecológica.

- Buscamos asesoramiento con investigadoras y especialistas en otras universidades y espacios diversos.

- Como actividades de inmersión al tema de servicios de salud para mujeres, feminismo y violencia contra las mujeres, asistimos a conferencias, talleres y mesas de diálogo relacionadas con estos temas.

A continuación presentamos una línea del tiempo que detalla, en orden cronológico, las actividades de inmersión e investigación que consideramos relevantes para nuestra propuesta.

Actividades de inmersión 2018

Mayo 5

Seminario de Partería Tradicional en la Prevención de la violencia obstétrica. CNDH

De este seminario retomamos la importancia del acompañamiento emocional, de la formación de comunidad, la reapropiación y defensa del conocimiento albergado por y para mujeres, evitando alienar y medicalizar injustificadamente el parto.

Mayo 19

“¿Incontinencia, yo?” Conociendo y fortaleciendo mi piso pélvico. Doctora Elisa Ventura Aquino

La experta en sexología desde el aspecto médico y psicológico, instruyó a entender la posición de nuestros órganos internos, un proceso que creemos esencial para mejorar la experiencia en consultorio y la calidad de vida.

NOTA IMPORTANTE

Consideramos este taller, como vital para el desarrollo de nuestra actual propuesta de diseño, ya que a partir de éste, contactamos a la Dra. Elisa Ventura, como una de nuestras asesoras externas. La importancia de su asesoría para nuestro proyecto radica en la retroalimentación que obtuvimos de su parte sobre nuestra primer propuesta.

Nos informó desde un enfoque más profundo sobre los alcances y posibles riesgos de la autodetección y el autocuidado como una estrategia efectiva de detección del cáncer cérvico-uterino, al ser un conjunto de objetos que permitieran la auto-recolección de muestras o la detección en casa de enfermedades, (nuestra propuesta inicial), ya que las lesiones detectables a simple vista suelen corresponder a cánceres muy avanzados y la ausencia de éstas puede conducir erróneamente a la creencia de ausencia de cáncer. Siendo esto contraproducente y totalmente opuesto a nuestros propósitos.

Si bien aún creemos que en un futuro con un abordaje con mayores recursos esta propuesta tiene potencial, reconocemos que en este momento y en nuestro contexto no es la mejor opción.

La Doctora Elisa Ventura Aquino se convirtió en una de nuestras principales asesoras en esta tesis.

Junio 7

Jornada: La partería tradicional, saberes y prácticas en riesgo

Reconocemos principios en común: la importancia del acompañamiento y el apoyo a la salud emocional de las mujeres. Considerando a la mujer en todo momento como un ser sintiente, activo, y tomador de decisiones durante los procesos médicos.

Foro salud de las mujeres interculturalidad y derechos humanos

En este foro, se abordaron las principales problemáticas que enfrentamos las mujeres ante el sistema de salud en México.

Octubre 19

Taller “Reconoce las partes de tu organismo” Pussypedia

En este taller, Zoe Mendelson y María Conejo, guiaron a un grupo de 30 mujeres en el conocimiento de las partes de la vulva, mediante un modelo 3D virtual y el modelado individual en plastilina del sistema de órganos integrado por vulva, clítoris, útero, trompas uterinas, y vejiga. A partir de este taller pudimos reconocer la importancia y carencia de una educación biológica y empática sobre nuestros cuerpos y su anatomía.

Octubre 22

Entrevista Carla Hess sobre su experiencia en un parto humanizado en casa

Durante esta entrevista nos acercamos por primera vez al concepto de “humanización” en los procedimientos médicos; en este caso durante el parto. Destacan la importancia del acompañamiento, el respeto a las decisiones y deseos de las pacientes.

Mayo 20

PussyPedia
Zoe Mendelson y María Conejo

Presentación del proyecto PussyPedia, una enciclopedia virtual gratuita y bilingüe sobre la vulva. Compartimos muchos principios de diseño como inclusión de mujeres y personas con vulva (que pueden no identificarse como mujeres), derecho a la información para todas, feminismo.

Mayo 27

Haré lo que deseo.
Diseño y empoderamiento femenino.
Jimena Acosta y Michelle Millar Fisher

Exposición que presentó objetos, interfaces e indumentaria claves para la historia del diseño para mujeres, personas con útero, y personas que menstrúan; cuestionando la prevalencia de objetos, sistemas, y servicios diseñados por hombres y para hombres pero no consumido y experimentado por ellos.

Mayo 31

Tres miradas, un mismo movimiento.
El feminismo en México.

Conversatorio con Estefanía Morales, Lucía Rivadeneyra, y Tamara de Anda, compartieron sus visiones sobre el feminismo desde sus diferentes ámbitos; redes sociales, academia, y radio respectivamente.

Noviembre 5

Sesión con Alexis Hope, MIT

En esta sesión con Alexis Hope (Investigadora y Diseñadora del Instituto de Tecnología de Massachusetts), tuvimos un acercamiento a la metodología HCI (Human Computer Interaction) con perspectiva feminista

Noviembre 17

Retos del feminismo en las universidades:
La educación Patriarcal y la violencia machista.
Coral Herrera

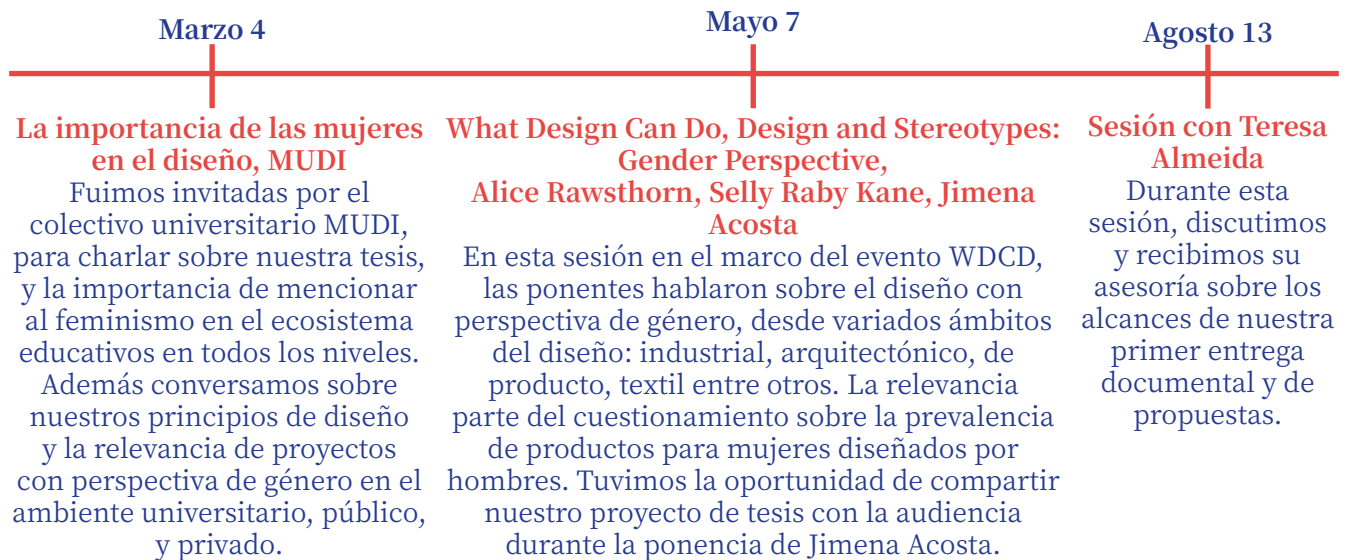
Conferencia sobre feminismo en Latinoamérica. La conferencia abordó las implicaciones psicológicas y políticas en el activismo feminista universitario de México.

Noviembre 8

Identidad de Género entre Binarismos. Semana de las Juventudes

En esta conferencia liderada por dos personas no binarias, nos acercamos por primera vez a la visión de la realidad diaria para las personas que no se identifican con ninguno de los dos géneros tradicionales. Resultando en autocuestionamiento sobre la inclusión en los servicios de salud ginecológica de personas que no se identifican como mujeres.

2019



La información que recabamos de estas actividades nos permitió conocer la visión desde puntos que no habríamos podido recolectar de otra forma. Igualmente, durante las sesiones de presentación de nuestro proyecto, pudimos recibir retroalimentación sumamente valiosa para la continuación de esta tesis.

Durante este proceso de exploración nos acercamos por primera vez a conceptos e ideas que se volverían fundamentales en nuestro abordaje del proyecto; acompañamiento, apropiación del conocimiento y nuestro cuerpo, compartición de conocimiento significativo, creación de comunidad, expresión de nuestros dolores y triunfos, cuestionamiento y reposicionamiento del poder que tiene una paciente en consulta frente a una médica, creación de conocimiento comunitario, diseño feminista, experiencias no binarias⁵, entre muchas otras. Sin duda, una de las concepciones más significativas fue sobre la conexión entre mujeres en espacios de conocimiento.

Con este primer acercamiento, decidimos que el siguiente paso debía ser una investigación sobre las condiciones actuales de la consulta ginecológica. Recabamos datos e imágenes de consultorios en la Ciudad de México, a continuación mostraremos los resultados.

5. Que denota o se relaciona con un género o una identidad sexual que no está definida en términos de oposiciones binarias tradicionales como hombre y mujer u homosexual y heterosexual. (Oxford Languages, sf)

Condiciones actuales en consultorio

Parte importante para contextualizar nuestra propuesta fue la visita a consultorios de ginecología. A continuación analizaremos los componentes de la sala de espera, el consultorio y el sanitario que podemos encontrar en consultorios dentro de la Ciudad de México. A partir de este análisis podremos generar observaciones de diseño de cada uno de estos espacios.

Consideramos indispensable el análisis y rediseño de estos espacios por su relevancia para la experiencia de las pacientes durante su consulta.

Para esta recopilación, obtuvimos imágenes en internet de consultorios ginecológicos, fotos de consultorios publicadas en sus sitios web y fotos de consultorios que visitamos.

Sala de espera

Espacio donde las pacientes con o sin acompañantes esperan su turno para ingresar al consultorio de la especialista.

Observaciones:

- Espacios que utilizan colores neutros y fríos, gris, blanco, negro, café en paredes y mobiliario
- Muebles con materiales de tacto frío
 - Sillones tapizados con vinil
 - Sillas de plástico
 - Sillas de metal
- Uso constante de la relación blanco/negro, claro/oscuro
- Decoración y accesorios sin ninguna relación particular
- Asientos sin reposabrazos
- Falta de espacios para colocar bolsas, abrigos, y artículos de uso personal
- Espacios de mobiliario, distribución y decoración estandarizados
- Ausencia de material informativo didáctico



Fig. 47 Sala de espera en consultorio



Fig. 48 Sala de espera en consultorio

Consultorio Ginecológico

Escritorio

Espacio en el que la especialista interactúa con las pacientes mediante plática introductoria, de seguimiento, de cierre. Además de la especialista y la paciente, pueden estar en este espacio enfermeras y acompañantes de la paciente.

Observaciones:

- Escritorios toscos que pueden percibirse como una división entre paciente y especialista.
- Espacios con poca integración de color y predominan los colores claros. Esto puede comunicar sensaciones de limpieza y frialdad.
- Se observa material gráfico sobre anatomía, pero se localizan en sitios que no se perciben como visibles para las pacientes, especialmente al momento de estar recostada en la mesa de exploración.

Mesa de exploración

Espacio dentro del consultorio destinado a la realización de los procedimientos médicos. Aquí se encuentran los artefactos necesarios para tratamientos ginecológicos.

Observaciones:

- Este es el espacio más importante del consultorio. Suele ser percibido como frío y atemorizante.
- Lo que la paciente puede observar mientras se encuentra recostada, es el techo del consultorio.
- La mesa está cubierta por elementos de protección desechables.

Baño de consultorio

El baño también cumple la función de cambiador en gran parte de los consultorios.

Observaciones:

- No tienen superficies o muebles para apoyarse
- No tienen espacios de guardado para objetos personales
- Tienen espacio reducido que hace probable el contacto indeseado con la taza de baño al momento de cambiarse
- Todos los objetos y paredes son fríos al tacto
- Pueden tener olores desagradables

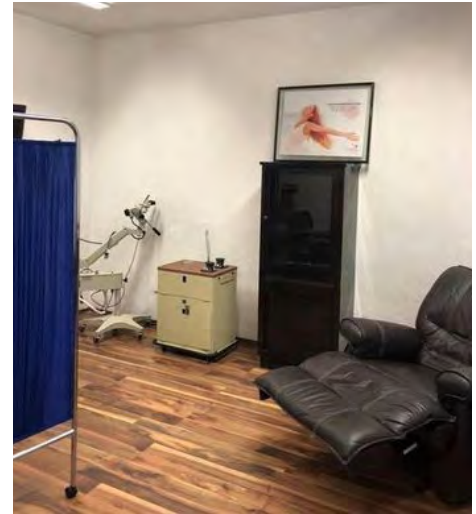


Fig. 49 Consultorio ginecológico

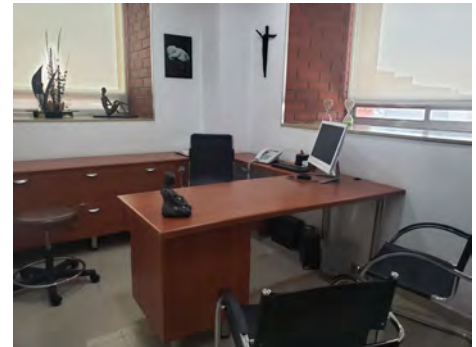


Fig. 50 Consultorio ginecológico



Fig. 51 Consultorio ginecológico



Fig. 52 Sanitario de consultorio

Decidimos recorrer un consultorio ginecológico para conocer de la mano de la médica sus opiniones y visión sobre el lugar en el que ejerce su práctica. Así, pudimos observar cada espacio que destina a diferentes actividades durante la consulta.

Visita a consultorio médico de la ginecóloga Olga Lilia Gómez Sánchez

Realizamos una entrevista presencial a la Doctora Olga Lilia Gómez Sánchez, quien tiene un consultorio en la Ciudad de México. Este consultorio es parte de la red de consultorios de la fundación ESAR, especializada en la capacitación y acompañamiento a personal de salud para la prestación de servicio integral para la salud sexual y reproductiva.

El consultorio cuenta con una sala de espera y un consultorio de psicología en caso de ser solicitado por las pacientes.

El consultorio cuenta con un espacio visible para limpieza de instrumental y espacio para guardado. El sanitario se ubica en la planta baja.

Consultorio Ginecológico

El consultorio se compone de cuatro áreas visibles: Escritorio de especialista, área de limpieza, área de exploración y área de cambiador.

Observamos la intención de incorporar color en el espacio a través de decoración, textiles, y pintura en uno de los muros.

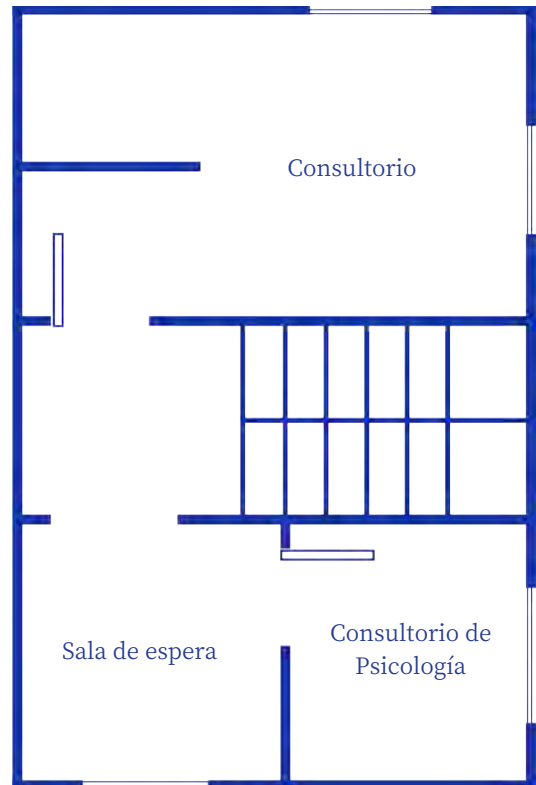


Fig 60. Croquis de planta del consultorio de la Doctora Olga Lilia Gómez Sánchez

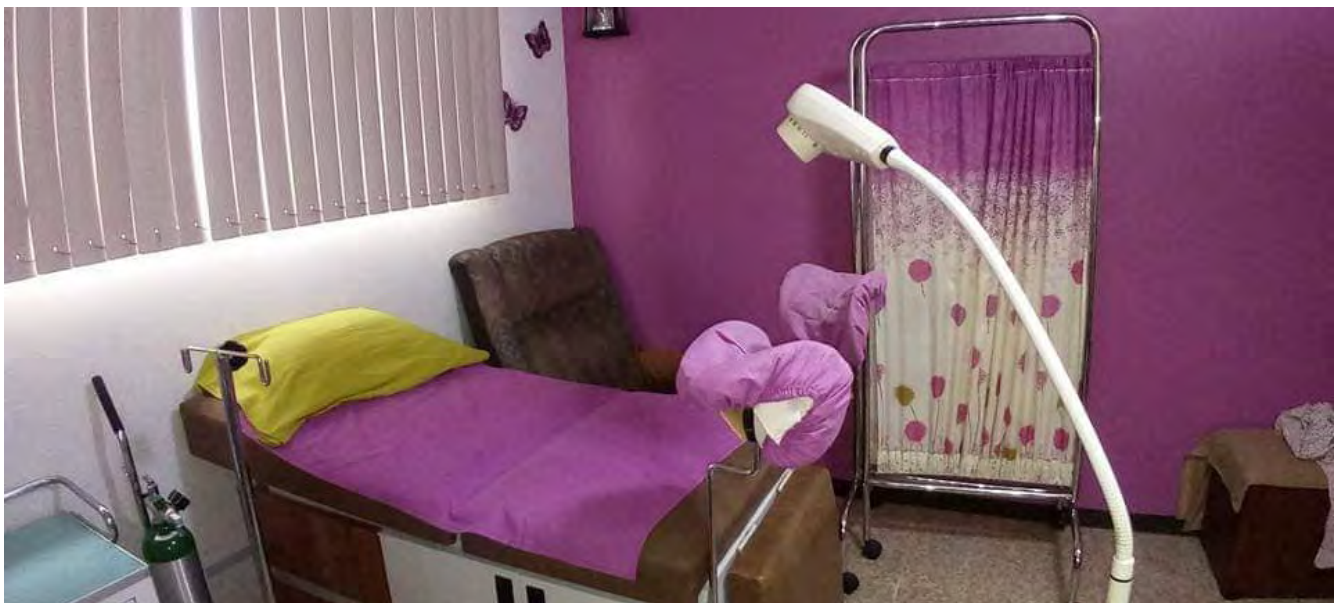


Fig. 61 Consultorio de la Doctora Olga Lilia Gómez Sánchez

Modelo anatómico

En el consultorio, observamos dos modelos anatómicos; uno del útero y otro del corte seccional de pelvis. Ambos modelos de policloruro de vinilo, pintados a mano.

Este tipo de modelos se perciben como frágiles o rompibles, lo que aleja del contacto e interacción.

Cambiador

El espacio de cambiado se delimita con un biombo médico que la Ginecóloga decidió modificar al colocar un textil de su elección. Lo que indica el deseo de personalizar este elemento comercial para cambiar su percepción.

Mesa de exploración

La mesa de exploración y las pierneras cuentan con una protección textil en los colores elegidos por la Doctora. Esto en la búsqueda de mejorar la sensación de contacto con la piel de las pacientes. Las pierneras de este modelo de mesa, son desmontables y ajustables en altura.

La doctora mantiene equipo médico en un espacio de guardado cerca de la mesa de exploración.

Material gráfico informativo

Pudimos observar material gráfico e informativo

Listado y muestras de métodos anticonceptivos

Código de conducta.

Espacio libre de violencia obstétrica.

Diversidad de servicios que se ofrecen en el consultorio e información de contacto.

Durante nuestra visita al consultorio de la médica Olga, pudimos observar intenciones de cambio en los espacios de consulta. La médica ha decidido modificar materiales textiles, incorporado color violeta en diferentes espacios y objetos, esto a partir de las sensaciones que busca comunicar a las pacientes que asisten a consulta.

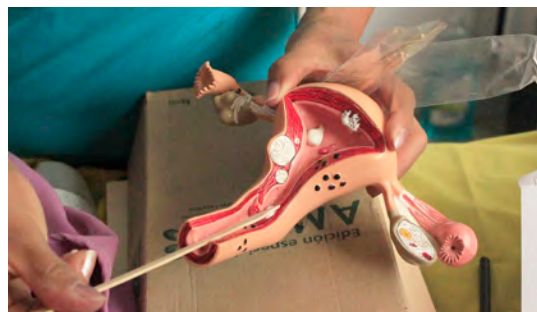


Fig. 62 Modelo anatómico útero



Fig. 63 Modelo anatómico pelvis



Fig. 64 Espéculos consultorio Dra. Gómez



Fig. 65 y 66 Material gráfico consultorio

Al concluir nuestra investigación de los espacios físicos en los que ocurre la consulta ginecológica, decidimos realizar entrevistas a especialistas médicas. A continuación presentamos las conclusiones y puntos más relevantes para nuestra tesis.

Entrevistas

Realizamos entrevistas a mujeres involucradas en la atención médica, como especialistas y como pacientes, a continuación presentamos las conclusiones de estas.

Conclusiones de entrevista a Doctora Olga Lilia Gómez Sánchez

- Los procedimientos que realiza con mayor frecuencia son: toma de papanicolaou, citología, colocación de métodos anticonceptivos incluyendo los DIU, los implantes, pruebas de embarazo, control prenatal y nosotros tenemos AMEU (aspiración manual endouterina).
- Toma en cuenta tanto la medicación para el control del dolor, como la empatía en el trato. “Hay analgésicos, anestesia local, y lo más importante una adecuada consejería. Una palabra de “vas a estar bien, respira, relaja tu cadera”. Y no un “¡no se mueva!, ¡te vas a lastimar!”
- Realiza la entrevista de historial médico en una habitación separada en la que no se puede observar la mesa de exploración. De esta forma se asegura de que ver la mesa no desencadenará una respuesta de rechazo incluso antes de la consulta, aumentando el malestar emocional de las pacientes.
- Insiste en desmentir la idea de que un lubricante interfiere con los resultados de un examen citológico. Ella usa gel en todos los procedimientos que requieren la inserción del espéculo.
- Considera necesario tener variedad de tamaños de espéculos disponibles. Ya que cada cuerpo es diferente y el uso de un espéculo del tamaño adecuado para la paciente es vital para el bienestar de las mujeres.
- Utiliza modelos anatómicos para explicar sobre los procedimientos y anatomía a las pacientes, insiste en que muchas veces las mujeres no conocen sus cuerpos.

Conclusiones de estudiante de enfermería Elena González

- Ser mujer en el ambiente médico es complicado. Además de los juegos de poder, por la percepción de que la medicina es para hombres y la enfermería para las mujeres. “Medicina es más respetada, se le da más voz, más recursos, más espacios y más tiempo. Está medicina y después enfermería, que son mujeres que cuidan y se percibe el cuidado como una pérdida de tiempo.”

- Socialmente se menosprecia la enfermería por estar relacionada con los cuidados, además esta profesión carga con estereotipos del cuidado asociado exclusivamente con las mujeres eximiendo a los hombres de estas responsabilidades.

- Existe acoso tanto de otros profesionales de la salud como de personal hospitalario y pacientes hombres.

- En México no se destinan recursos a la prevención, sino a la resolución de emergencias.

- Considera que hay **tres principales causas por las que el cuidado de la salud sexual de las mujeres es poco relevante**: en primer lugar el estigma entorno de la sexualidad las mujeres; el segundo la priorización de curar ante prevenir, y el tercero es que siempre ponemos en primer lugar a las otras personas y al final a nosotras.

- El dolor es un tema muy menospreciado en el área de la salud, porque tiene mucho que ver con el umbral de cada persona y porque es algo que no podemos fácilmente detectar desde otra persona, no es comprobable.

- Tratar a una persona como persona le ayuda con el dolor.

- “El principal error es que las consultas ginecológicas son ante algo que está sucediendo, sobre todo en embarazos. No hay consultas de prevención, no hay consultas de consejería.”

- “Creo que debería haber muchísima información, talleres en primarias y secundarias. Empezar desde ahí a decir que se tienen que cuidar cuando empiecen relaciones sexuales.”

- “También me parece que ayudaría que en el consultorio y el espacio donde se hacen las pruebas no fueran tan fríos. Cuando vas a los consultorios de ginecología, la mesa fría, todo con una luz rara, con mucho instrumental que no conoces y que da miedo porque lo tienen expuesto como si estuvieras dentro de un quirófano o la morgue.”

- A veces nos dicen que no debemos mezclar nuestro sentir personal con las personas pero también ayuda decir **“yo también me lo hago y es un poco incómodo la verdad y se siente así y a mí no me gusta pero entiendo que se tiene que hacer y esta posición” es mejor dar tips desde lo personal, siempre ayuda mucho hacer una conexión de confianza.** Es vital que el personal de salud que atiende estos consultorios entienda que es un tema delicado, que tiene que tener muchísima empatía, en general en la atención a la salud pero en específico en este tema.

- Hay mucha inseguridad sobre el cuerpo. Las mujeres se preocupan por no estar depiladas o por tener muchos vellos. Cuando eso no es relevante.

- **Existe relación entre las quejas sobre el servicio médico y las condiciones de trabajo, en su mayoría malas, de los profesionales de salud.** En México por cada 2 mil habitantes hay 3 profesionales de medicina y sólo una persona profesional de enfermería. cuando la OMS recomienda que debe haber de 2 a 3 de médico a por cada mil habitantes y 3 enfermeras o enfermeros por cada profesional de medicina. Eso hace que en todos los lugares de atención a la salud las personas que atienden se vean rebasadas siempre en sus actividades. También las dinámicas de jerarquías tan marcadas hacen que el ambiente sea rispido.
- Es sumamente importante que se use un espéculo del tamaño adecuado para cada mujer.
- **No está bien que se usen las piñeras** porque el cuerpo puede tener una buena apertura sólo si le indicas la posición de rodillas y piernas
- “(...) estar en un consultorio con personas que no conoces, totalmente desnuda y que te están revisando por todos lados, te están tocando y están haciendo comentarios de tu cuerpo que no entiendes también te hacen sentir que no tienes derecho de opinar. Te callas, las mujeres callan porque estas personas saben más, conocen más, seguramente piensan que conocen mejor tu cuerpo, saben más de mi salud que yo misma.”

Conclusiones de entrevistas a mujeres que han asistido a consultas de ginecología

Realizamos 10 entrevistas presenciales extensas en tiempo y en respuestas de las mujeres entrevistadas. Para consultar las preguntas completas, sugerimos ir al apartado de anexos. A continuación presentamos los hallazgos de estas entrevistas.

- Es fundamental crear una relación de confianza con la especialista
- La mayoría de elecciones de especialista son por recomendación
- Las mujeres prefieren destinar recursos para atenderse en el sector privado, sobre otras especialidades, a pesar de estar afiliadas a algún sistema de salud público.
- Consideran la autoexploración en casa como “no higiénica”
- Existe un temor recurrente a la falta de capacidad seguir instrucciones
- Mujeres de edades de 23-25 años con menor apertura a otro tipo de atención ginecológica, mujeres de 28-40 años con mayor apertura
- La principal razón por la que asisten a consulta es por

chequeos de rutina

- Las personas con quienes hablan de temas relacionados con la visita o de salud sexual son madres y amigas
- Recuerdan el consultorio como un espacio frío y lo relacionan con el metal
- Prefieren asistir acompañadas

Encuestas

Es muy importante entender a la mayor profundidad posible las opiniones, conocimiento y experiencias de mujeres, por esto decidimos realizar encuestas al mayor número de mujeres posible. Realizamos dos encuestas: la primera para conocer más acerca de las experiencias personales en la consulta ginecológica de las mujeres encuestadas. Estas encuestas fueron realizadas mediante una plataforma web cuyo link fue enviado por los medios de contacto que cada una de las participantes decidió brindarnos, siempre con el compromiso de asegurar anonimato en sus respuestas y datos de contacto.

Más allá del miedo o nerviosismo, el factor económico es una de las principales barreras a la que se enfrentan las mujeres para acudir a una revisión ginecológica y/o examen pélvico.

La encuesta fue respondida por 106 mujeres con edades de los 17 a los 63 años. Estas son algunas conclusiones de la primera encuesta que realizamos:

- A más del 90% de las encuestadas les gustaría saber más sobre sus órganos genitales
- La mayoría de mujeres evitan asistir al ginecólogo en el sistema de salud público y prefieren destinar parte de su presupuesto al pago de una consulta privada.
- Las emociones experimentadas antes y durante el momento del procedimiento son en su mayoría negativas en niveles alarmantes, siendo las mayormente mencionadas: nerviosismo, preocupación, vergüenza y dolor.
- Existe imposición ideológica del personal médico, sobre la orientación sexual, la reproducción y la vida personal.
- Mamás y amigas son quienes comparten sus experiencias, consejos y advertencias sobre salud sexual
- Para encontrar información sobre salud sexual, casi el 60% de las encuestadas, recurren a internet
- En general, las encuestadas describen el contexto de la cita ginecológica como frío e incómodo.

La segunda encuesta fue publicada y abierta a todas las mujeres que quisieran participar, fue respondida por 82 mujeres con edades entre 19 y 59 años. Esta encuesta tuvo el fin de conocer opiniones sobre el uso de la bata médica. Preferencias de las mujeres encuestadas respecto

a materiales, texturas y colores. Los resultados de estas encuestas, serán abordados en el capítulo de "Ideación".

Arquetipos

Definimos cuatro arquetipos basados en las características de edad, ocupación, y estilo de vida de las mujeres a quienes entrevistamos. Al definir estos arquetipos, esperamos sentar las bases de nuestras propuestas para que estas impacten positivamente sobre la experiencia de cada mujer en la consulta ginecológica.

En las fichas que inician en la página 114, presentamos una breve descripción de cada uno de los arquetipos, además del *journeymap* de cada una de las mujeres representadas.

Un mapa de experiencia o *journey map* en inglés, es una herramienta para visualizar y analizar el proceso de la realización de actividades de personas. Consideramos pertinente usar esta herramienta porque al visualizar cada etapa del proceso de la consulta ginecológica nos da oportunidad de analizar las emociones de las mujeres y sus causas.

¿Qué palabras llegan a tu mente al pensar en ir a tu consulta ginecológica?

"Incómoda, abrir las piernas"

INCOMODIDAD

"Frío, desnuda, doctor"

"Incomodidad, en primera a que te revise un doctor (hombre), desconfianza en que el sexo masculino no entiende las situaciones reales que vive una mujer con las partes de la vagina"

"seguridad, confianza, costo"

FRÍO

"doctor, vagina, dolor"

"Pena"

"vagina, frío, miedo, incomodidad, enfermedad"

"Me llamaron "señora" varias veces, a pesar de saber que tengo 27 y soy soltera. Mi doctor no me hizo sentir cómoda y el procedimiento (papanicolau) fue doloroso"

DESCONFIANZA

"La doctora es amable pero reproduce técnicas moralistas y no explica su justificación médica, esto mismo me hace dudar de su capacidad profesional"

DOLOR

"Instrumentos fríos, incomodidad, higiene, salud"

"Todo tranquilo. Pago por fuera del seguro para ir con una ginecóloga con la que me siento cómoda al 100%"

OFENSA

"Nunca me gusta practicarme el papanicolau" "Me siento incómoda y procuro evitarlas. Me ha incomodado que asuman que soy heterosexual y que además, tengo que tener hijos"



"Me da desconfianza cuando son hombres. Siento que me juzgan todo el tiempo"

"Fui tratada muy mal por un doctor y nunca he vuelto a consultar tras esa experiencia"

MIEDO

"Mi médico dijo que tenía una fuerte infección, casi gritándome (yo ni en cuenta pues no tenía síntomas) y no fue nada agradable, de por si era la primera vez que iba y fue bastante incómodo"

FIANZA

"doctor"

"Vagina, frío, miedo, incomidad, enfermedad"

"Recuerdo pensar "qué vergüenza estar toda peluda", cuando es completamente normal. Lo recuerdo y me enoja que lo primero que pensé fue eso, y no "ojalá no tenga ningún padecimiento/infección". **Me molesta que la sociedad me haya hecho esto.**"

"Todo estuvo bien, excepto que siento que no es muy personalizado"

JUICIO

DRA. OLGA LILIA



“ Es un fracaso a nivel institucional, porque como no te conocen, a todas agarran parejo, y es rápido, y una y otra y la siguiente, necesitamos tiempo para conocer a las pacientes, tratarlas bien.”

“ Hay analgésicos, anestesia local, y lo más importante una adecuada consejería.”

“ Tengo que tener mucho tacto con cada paciente”

Médica comunitaria y coordinadora del proyecto

INATSS en MEXFAM

EDAD 52

ZONA Ciudad de México

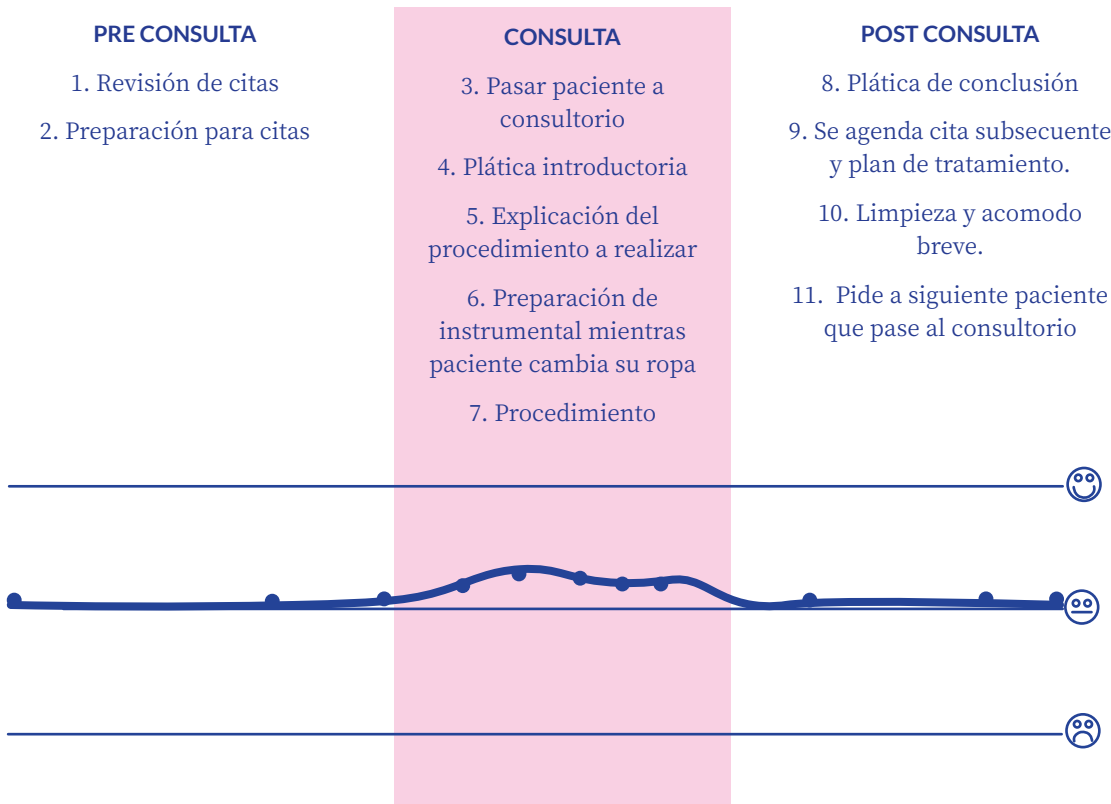
- Ginecóloga que ejerce en la Ciudad de México
- Los procedimientos que realiza con mayor frecuencia son: Toma de papanicolaou, citología, colocación de métodos anticonceptivos incluyendo los DIU, los implantes, pruebas de embarazo, control prenatal y AMEU (aspiración manual endouterina)

PAIN POINTS/PUNTOS CRÍTICOS

- Altos precios para actualizar insumos
- Su consultorio es muy pequeño y el área de limpieza se encuentra visible dentro del consultorio, lo cual no le gusta

PLEASURE POINTS/PUNTOS POSITIVOS

- Al ser parte de una asociación independiente puede tomarse el tiempo que deseé y aplicar el enfoque ético feminista y de derechos humanos que defiende.
- No se ve sometida a la forma de trabajo de las instituciones como el seguro médico social.



OLYMPIA D.



“...incomodidad, en primera a que te revisé un doctor (hombre), desconfianza en que el sexo masculino no entiende las situaciones reales que vive una mujer con las partes de la vagina.”

“Me siento incómoda y procuro evitarlas (citas ginecológicas).”

“Me ha incomodado que asuman que soy heterosexual y que, además, tengo que tener hijos.”

Profesionista. Freelancer

EDAD 36

ZONA Ciudad de México

- Su horario de trabajo depende de ella
- Sus gastos médicos corren a cuenta propia
- No tiene prestaciones de seguro médico
- A pesar de representar un gasto mayor, prefiere la consulta ginecológica privada a la pública
- Va a consulta ginecológica esporádica
- Busca comunicarse con su especialista a través de medios electrónicos
- Acude a especialistas recomendadas por amigas y familia o por búsquedas en internet
- No tiene planeado reproducirse en los próximos años, suele buscar asesoría sobre métodos anticonceptivos, además de procedimientos como colposcopia y papanicolau

PAIN POINTS

/ PUNTOS CRÍTICOS

- Poca privacidad
- Vulnerabilidad
- Incomodidad
- Frío

Atención costosa

Miedo por falta de seguro médico

PLEASURE POINTS

/ PUNTOS POSITIVOS

- Saber que está cuidando de si misma



RUTH B.



“ Mi mejor amiga no quiere ir sola al ginecólogo, dice que le da más confianza ir acompañada”

Estudiante bachillerato

EDAD 19

ZONA Ciudad de México

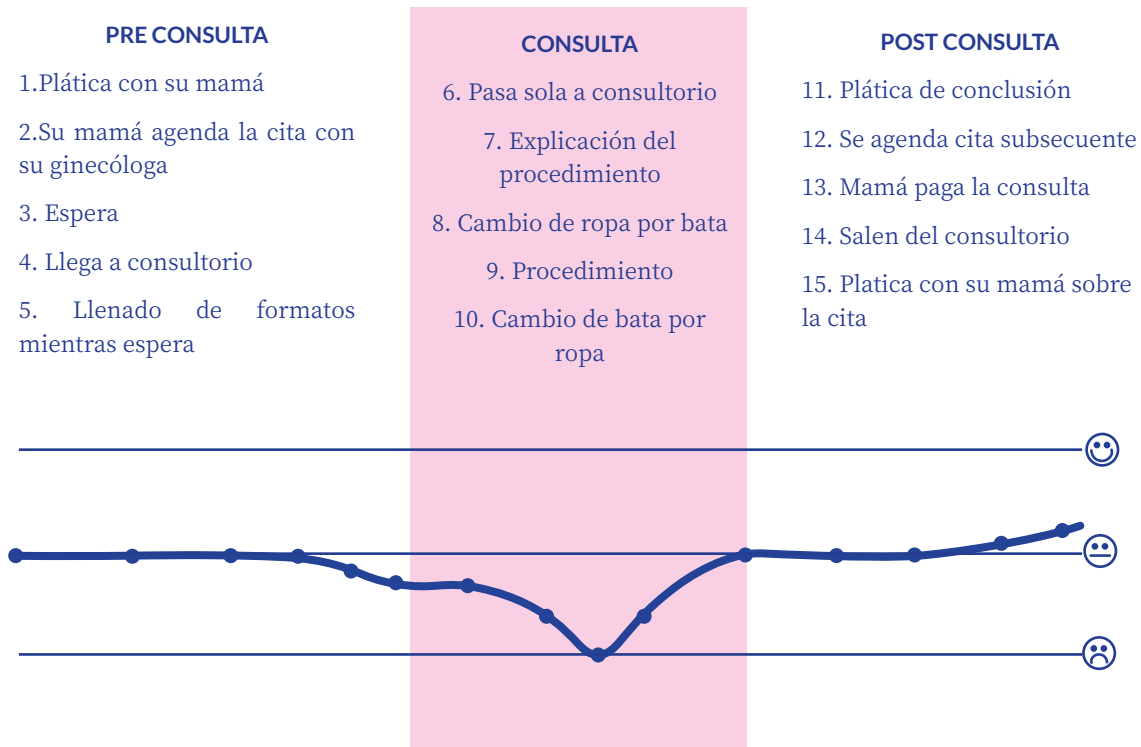
- Estudiante de bachillerato con apoyo económico de madre y padre
- Nunca ha ido a una consulta ginecológica
- Acudirá a consulta acompañada de su mamá
- Irà a consulta en fin de semana
- Busca comunicarse con su especialista a través de medios electrónicos
- Acude a especialistas recomendadas principalmente por familia o por búsquedas en internet
- Irà a consulta en el sector privado
- Acaba de iniciar su vida sexual que busca asesoría sobre métodos anticonceptivos.

PAIN POINTS / PUNTOS CRÍTICOS

- Desconoce procedimientos
- No sabe qué esperar
- Poca privacidad
- Vulnerabilidad
- Incomodidad
- Frío

PLEASURE POINTS / PUNTOS POSITIVOS

- Saber que está cuidando de si misma
- Tiene acceso a información personalizada para protegerse de enfermedades y embarazos no deseados



ÁGNES A.



“ Sientes que siempre todo tiende a estar frío es como un cuchillo, como algo muy artificial invasivo muy agresivo”

“Es más cómodo porque voy con ginecóloga no con ginecólogo.”

“Qué desagradable situación. Creo que influye mucho que te digan qué te van a hacer y que te vayan instruyendo.”

Estudiante universitaria

EDAD 25

ZONA Ciudad de México

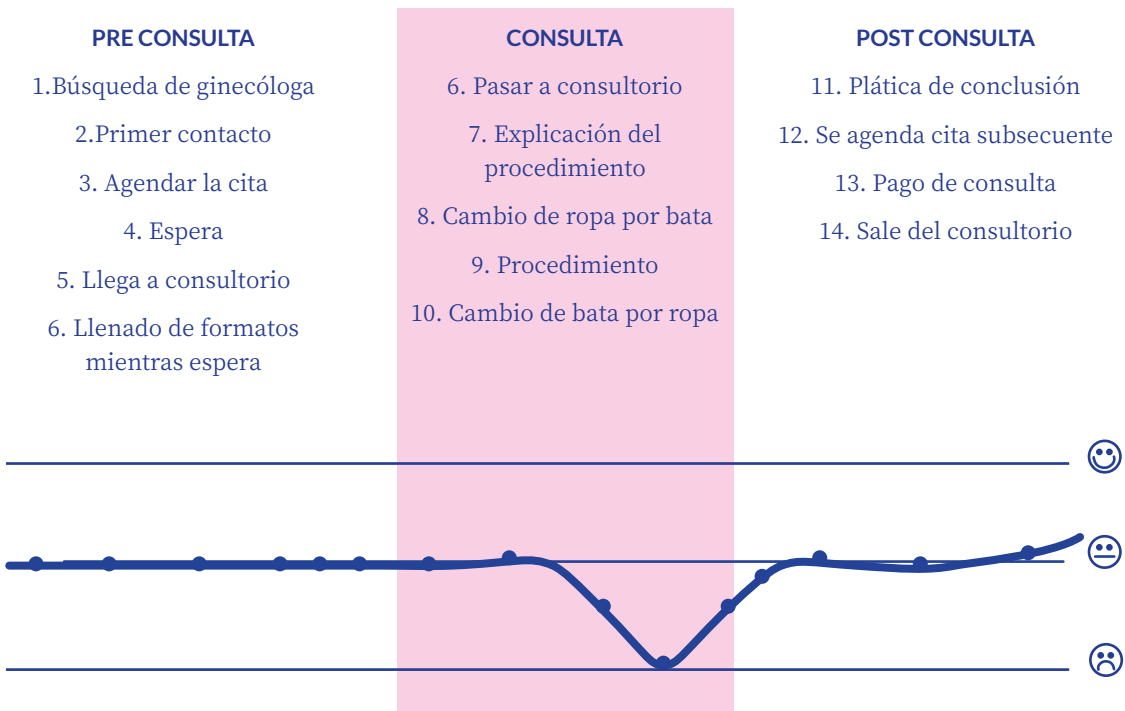
- Estudiante universitaria con apoyo económico de madre y padre
- Va a consulta ginecológica a revisión rutinaria por **condición médica específica**
- Busca comunicarse con su especialista a través de medios electrónicos
- Acude a especialistas recomendadas por amigas y familia o por búsquedas en internet
- Acude sola a consulta
- Iría a consulta en fin de semana
- Prefiere el sector privado
- No tiene planeado reproducirse en los próximos años, por lo que suele buscar asesoría sobre métodos anticonceptivos.

**PAIN POINTS /
PUNTOS CRÍTICOS**

- Poca privacidad
- Vulnerabilidad
- Incomodidad
- Frío
- Constancia en visitas

**PLEASURE POINTS /
PUNTOS POSITIVOS**

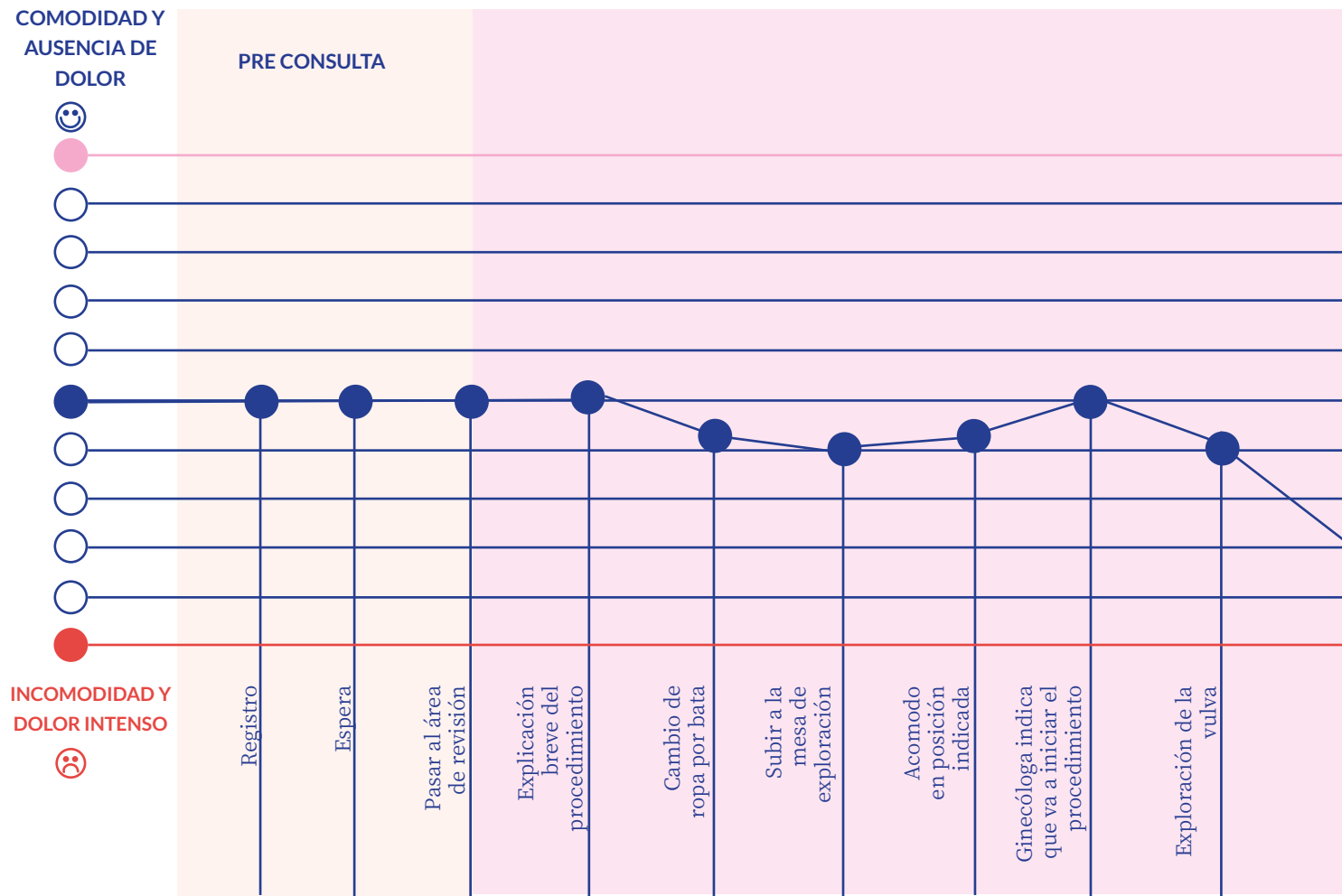
- Saber que está cuidando de sí misma



Siguiendo con este proceso de mapeo, decidimos elaborar *journey maps* de algunos procedimientos realizados en la consulta médica de ginecología. Esto a partir de la investigación documental, experiencias propias, entrevistas a mujeres y especialistas.

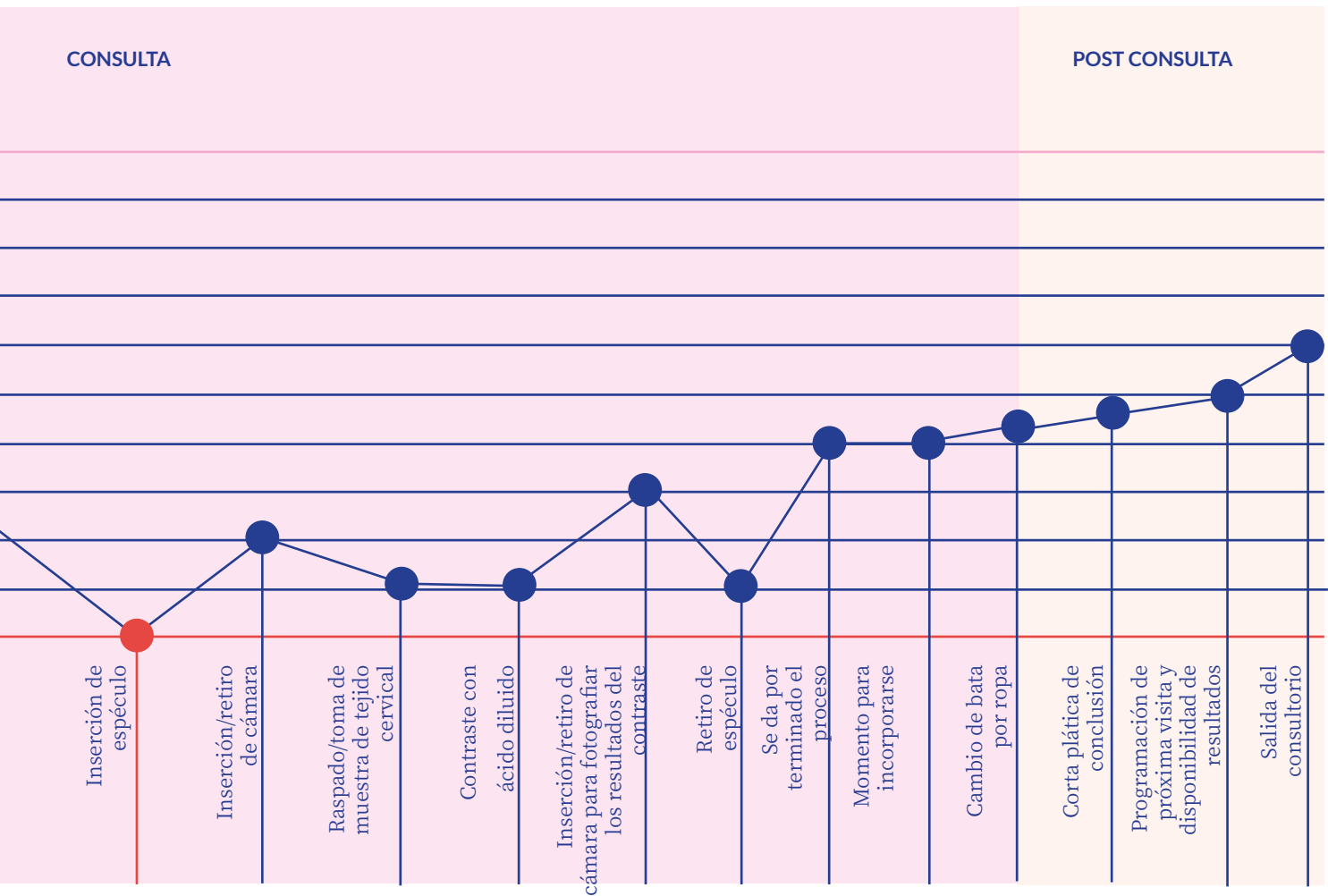
Realizamos los *journey maps* o mapas de la experiencia con el fin de registrar los momentos en que existen intensificación de emociones y sensaciones, tanto negativas como positivas. Desarrollamos los *journey maps* de 3 procedimientos: Toma de citología, colocación de DIU, y ultrasonido.

Citología y papanicolau



Un *journey map* o mapa de experiencia permite visualizar un proceso principio a fin. Este marco simple permite imaginar más fácilmente todo el flujo de una experiencia, ya sea cómo puede funcionar un servicio o todos los puntos de contacto del viaje de una persona usuaria con un producto. No necesita ser un análisis en profundidad ni representación detallada, sino más bien una forma rápida de pensar cómo se desarrolla un proceso.

(IDEO, 2015)



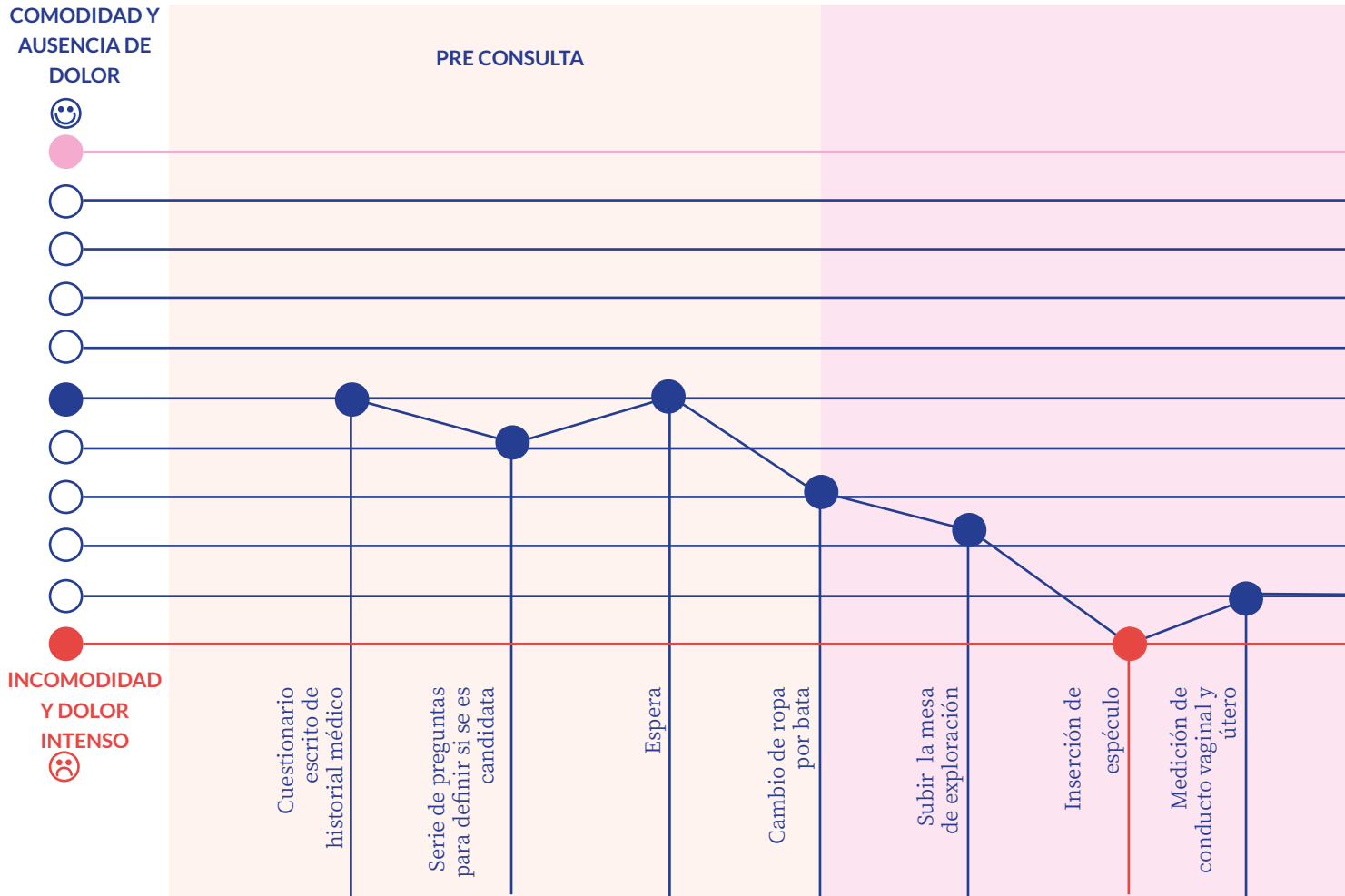
Observaciones sobre *journey map*/ mapa de experiencia de citología:

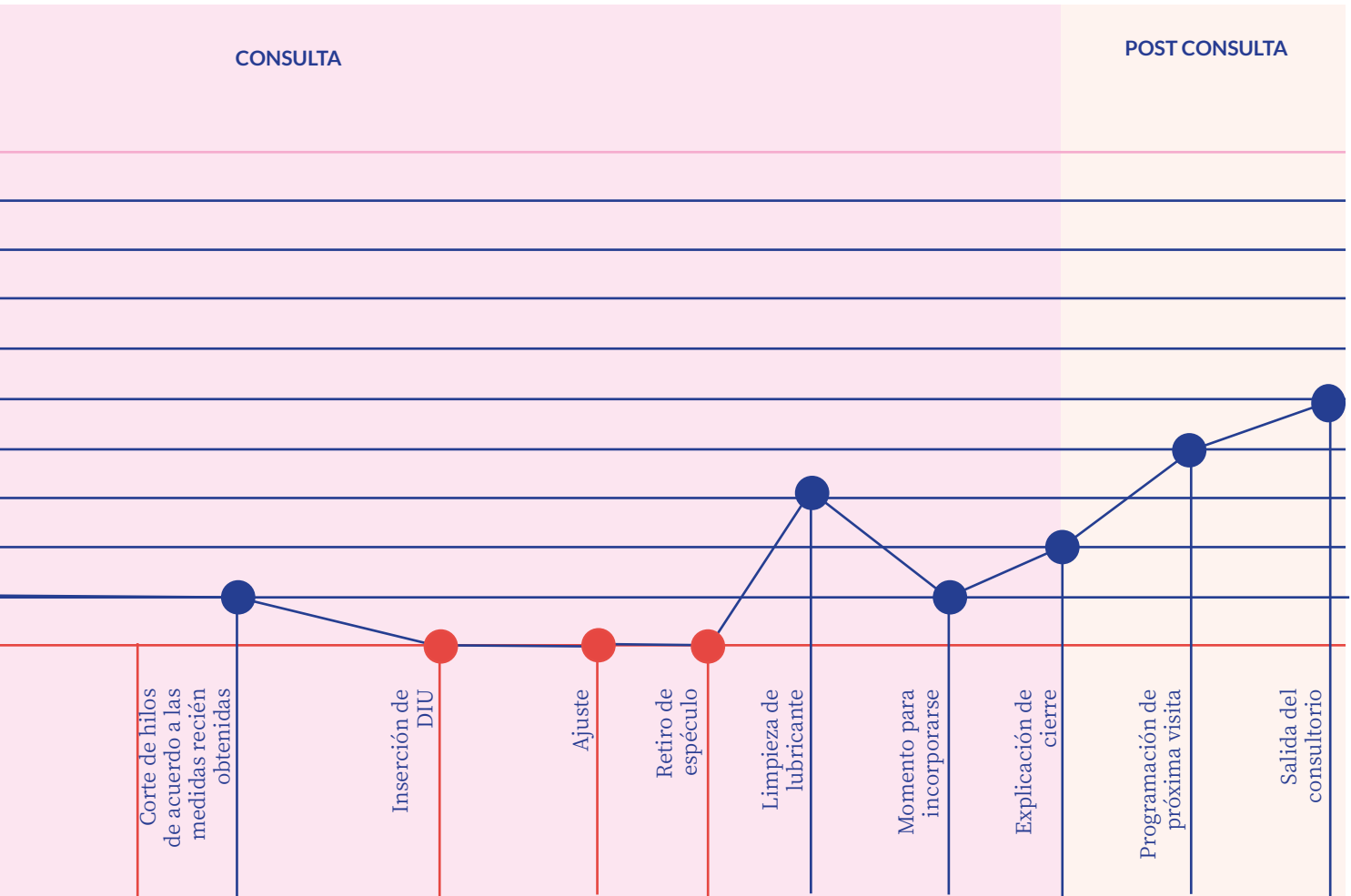
Se registra un estado neutral durante la fase de pre-consulta, el momento de decreción inicia al realizarse el cambio de ropa por la bata del consultorio

El momento crítico durante la consulta corresponde a la inserción del espéculo

Los puntos más bajos se registran durante la consulta, subiendo al concluir la consulta

Colocación de DIU





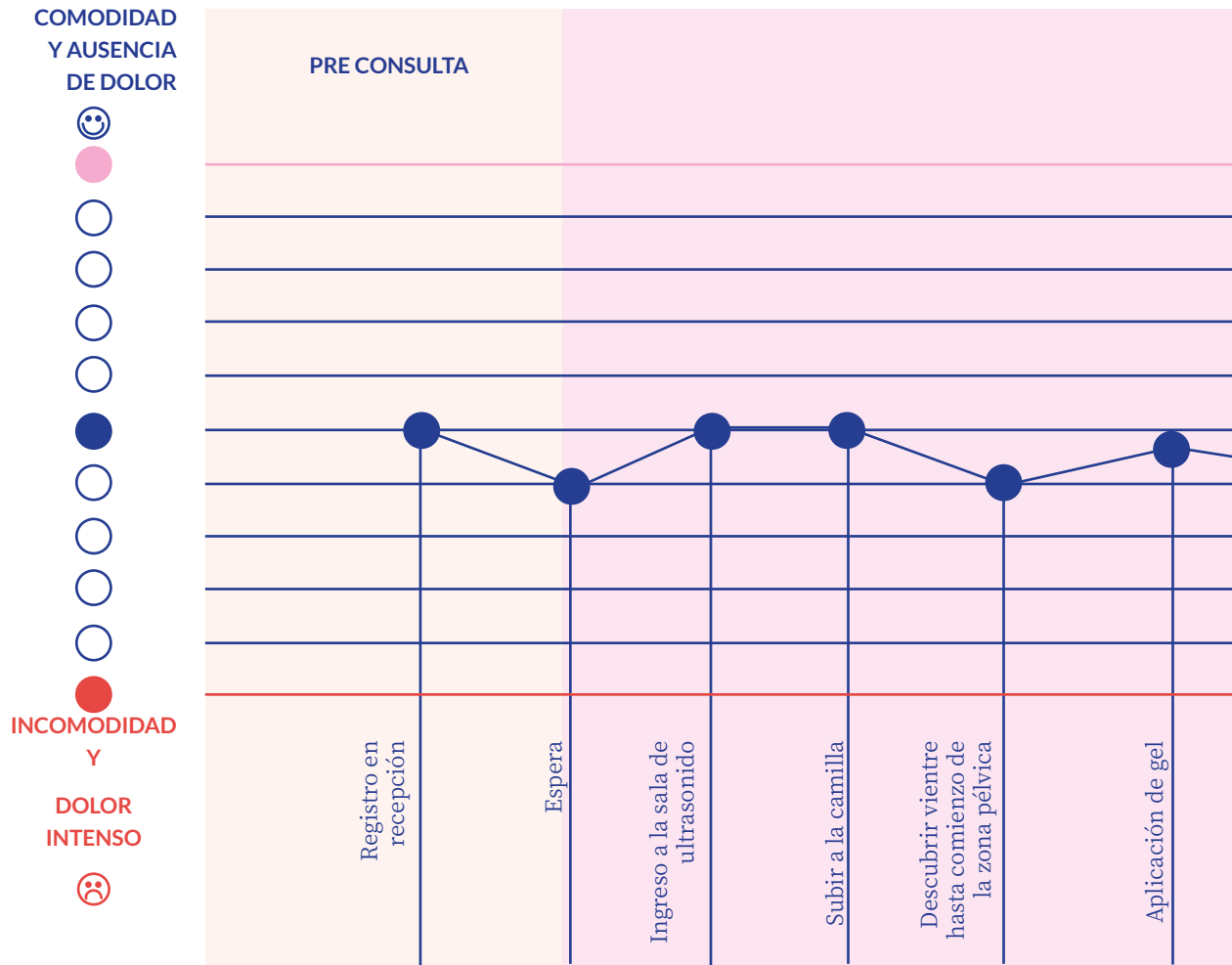
Observaciones sobre *journey map*/ mapa de experiencia de colocación de DIU:

No se registra un estado neutral estable en ninguna de las etapas del procedimiento

Existen 4 puntos críticos en la etapa de consulta que se localizan en la inserción, manipulación y extracción de instrumentos

La línea se dirige hacia la línea neutral en la última etapa de la consulta

Ultrasonido

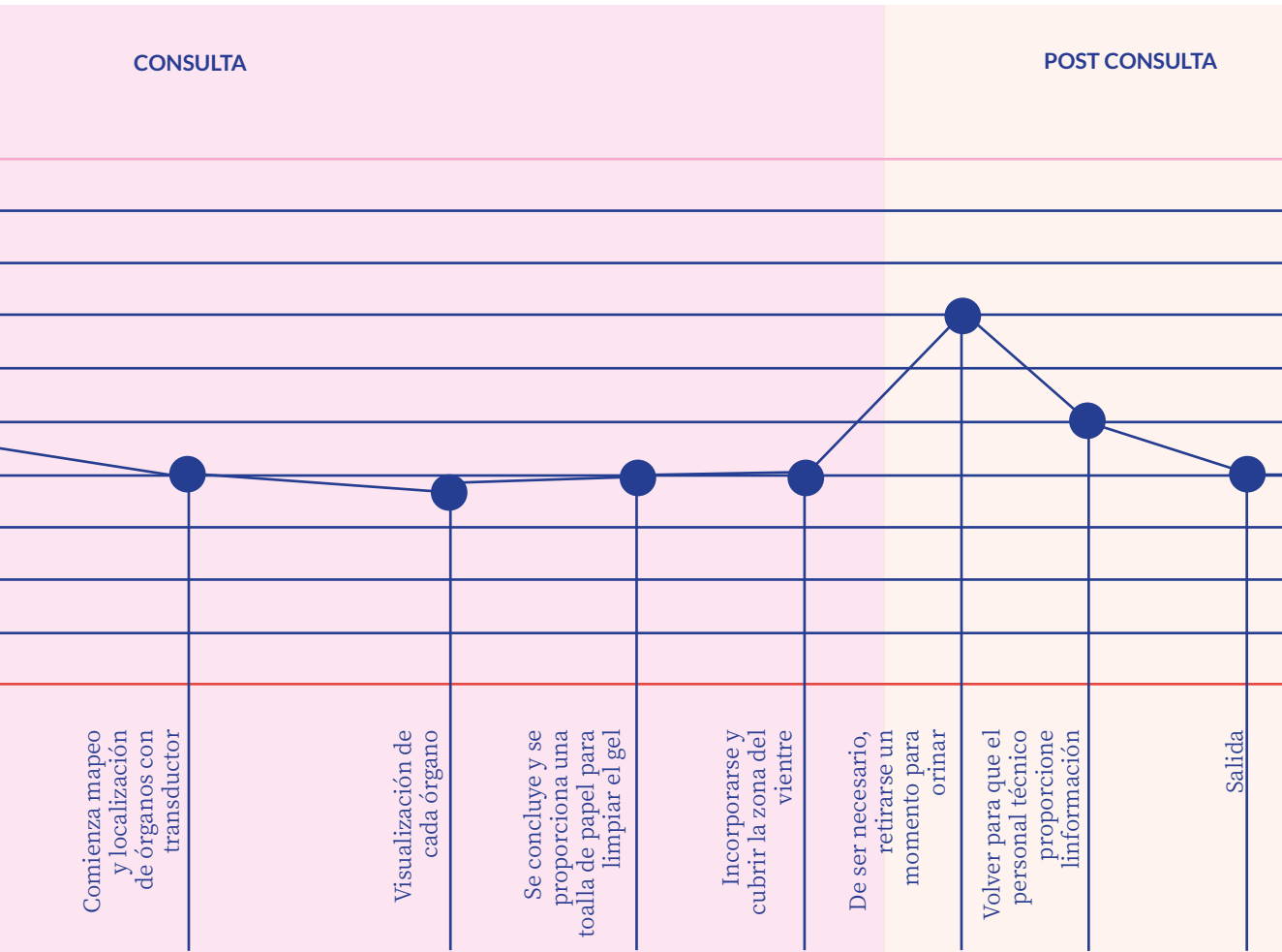


Observaciones sobre *journey map*/ mapa de experiencia de ultrasonido:

Para este procedimiento es necesario que la paciente acuda a la cita con la vejiga llena, lo que supone una incomodidad adicional presente durante todo el procedimiento

No se registran puntos críticos, esto pudiera deberse a que no se trata de un procedimiento invasivo como los anteriores

A diferencia de los procedimientos anteriores, la etapa de salida del consultorio no se registra como un punto positivo en referencia al anterior



Conclusiones sobre *journey maps*/ mapa de experiencia

Podemos observar que la reacción en la considerable mayoría de touch points se valoran de manera negativa, indicando que los sentimientos y sensaciones negativas se presentan desde el inicio aún cuando no existe contacto físico.

Alcanzan los puntos más altos de negatividad cuando se realizan procedimientos que incluyen introducir el espéculo vaginal en el conducto vaginal.

Detectamos en nuestras encuestas y entrevistas que los sentimientos negativos en las primeras fases de la atención vienen de principalmente dos causas: reacciones basadas en su experiencia propia o ajena sobre el dolor (incomodidad, molestia de los procesos médicos), y un trato inadecuado, que va desde la apatía hasta la falta de respeto, coerción, invalidación o juicios de parte del personal médico

Segunda encuesta

A partir de las entrevistas y de la primer encuesta, identificamos a la bata para pacientes como un producto clave dentro de la experiencia de las mujeres en consulta ginecológica. Por lo que decidimos realizar una segunda encuesta en la que pudiéramos conocer más sobre la experiencia y opiniones de las pacientes enfocadas a su interacción con la bata. Realizamos una encuesta a 84 mujeres de edades entre 19 a 59 años. El grupo mayoritario (18,3%) de las mujeres encuestadas tienen 26 años.

De las 82 mujeres encuestadas solo 2 respondieron usar una prenda propia en su consulta ginecológica, mientras que las 80 restantes utilizaron una bata proporcionada en el consultorio.

Realizamos preguntas que nos condujeran directamente a los aspectos a mejorar de la bata y tomamos en cuenta aspectos de percepción no únicamente funcionales.

Buscando entender cómo esta prenda influye afectivamente en las pacientes en el momento de la consulta recolectamos un listado de sensaciones que experimentan al cambiar su ropa por la bata.

A continuación presentamos respuestas de las mujeres encuestadas.



¿Qué sensación experimentas al cambiarte y usar esa prenda?

Incomodidad, desnudez, temor

Tranquilidad y **frío**

Me siento aséptica

Enfermedad, **incomodidad**

Desconfianza

No me gusta, la utiliza mucha gente, está sucia

Tranquilidad

Comodidad, mi doctor es muy bueno

Intrusión a mi cuerpo

Nervios

Ninguna

Frialidad

Me siento cómoda

Confianza, porque es nueva y desechable

Frío

La primera vez, un poco de incomodidad, después ya no

No me gusta estar desnuda, me siento **expuesta**

Pudor

Confianza

Me siento **incómoda**, pero pues, sé que así lo pide el médico

Desagrado

Vulnerabilidad

Flojera

Vulnerabilidad

Nada

Incomodidad

Incomodidad

Seguridad, pues no me estorba ni me pongo nerviosa de desabrocharme o que vea mis chones

Nada en particular

Miedo

La bata no me hace sentir limpia, a pesar de que parece nueva y me da un poco de **frío**.

Ansiedad

Escalofríos

A veces me incomoda

Por ser médico de confianza, seguridad

Responsabilidad

Desconfianza, no sé si alguien más la usó

Un poco de incomodidad

Revisión

Frescura

Exposición

Rara

Frío

No es agradable

Expuesta

Siempre me da **frío** y eso me incomoda

Incomodidad

Pena

Ninguna

Incomodidad

Incomodidad, nerviosismo, temor

Desnudez

Confort

Desconfianza

Me pongo nerviosa

Espero esté limpia

Cierta inseguridad al pensar que está reusada

Nervios

Depende si hay confianza con el doctor o no. Prefiero médicos mujeres y me siento en confianza.

Raro, pero a la vez tranquilidad

Desconfianza

No me gusta

Al principio un poco de incomodidad por el hecho de estar desnuda, pero como llevo bastante tiempo conociendo a la doctora, sé que con cada paciente cambia la bata

¿Existe algo que te incomode de las prendas/batas médicas?

La apertura en la parte de atrás y que es enorme.

Transparencia.

Nada.

Algunas no tapan por completo y **son difíciles de amarrar.**

La sensación de la “tela” de lo que están hechas.

Si que se abrochen atrás.

El ancho del modelo.

Se abren por detrás y una anda con las pompas de fuera.

Regularmente son cortas y no cubren bien.

Siempre son frías y no cubren nada.

Para mí son **muy cortas.**

La tela es un poco incomoda, **no es cálida.**

Pues creo que nada, al final es temporal su uso.

Me gustaría fueran desechables.

La tela es muy rígida y fría.

Que no huela bien.

No.. a mí me gustan de tela desechable azul tipo quirofano.

La tira de ajuste y **lo cortas que son.**

Cuando están tiesas o ásperas por los químicos que usan al esterilizarlas.

Que no cierren a la altura de las pompas.

Que no te cubren bien la parte de los glúteos.

Que son 100 % hospital

Que sean muy delgadas

Que están muy rígidas

Que se abra.

Incómodas y chicas.

Su color, el corte.

¡Que no cierren por atrás!

Que queden demasiado grandes

Q no se abrochan

Que sean extremadamente delgadas.

Que sea muy delgada y transparente.

Que sea demasiado grande.

La rigidez de la tela.

A veces se abren por atrás y te ven las pompas

Si que se abran de atrás.

La tela en la mayoría de las batas es rígida y te hace sentir incómoda.

La abertura, a veces no entiendo si es por delante o por atrás.

Que no sean desechables, que estén sucias o en mal estado.

La sensación de sentirte “desnuda” una vez que acaba la exploración y te tienes que bajar de la camilla. Me gustaría tener más control de cómo se cierran.

Que muestres la zona posterior del cuerpo.

Que se me abren de atrás.

Son muy delgadas y se abren en momentos en los que no es necesario abrirlas.

No tienen botones.

Son muy rígidas y se abren fácilmente.

Que estén muy abiertas.

La transparencia de la tela.

Que se transparenten.

Que se abren de atrás.

Que sean muy delgadas y me de frío.

A veces no cierran bien del busto.

Que no existan muchos tamaños.

Son muy delgadas.

No.

Si, son ásperas.

Delgadez.

Cómo sujetarla.

No.

Nop.

Nome

La textura

A partir de la información recopilada en las encuestas y las pruebas experimentadas por nosotras, comenzamos a identificar ciertas problemáticas de las batas actuales.

En las exploraciones mamarias:

- Se dificulta el acceso únicamente a los senos y la paciente, en algunos casos, tiene que descubrirse por completo aunque las otras partes de su cuerpo no estén siendo exploradas.
- La mayoría de las batas brindadas en consulta son desechables.

Al moverse dentro o entre consultorios o salas:

- **Comúnmente las pacientes se sienten sobre expuestas, las batas pueden ser muy cortas o existe muy poco control sobre el cierre cuando es por la parte trasera.**
- Existe poco control sobre el cierre de la prenda, sobre el deseo de cubrirse cuando la paciente lo siente necesario.
- Desde un diseño centrado en las personas este hecho representa un elemento trasgresor a la seguridad del cuerpo de las pacientes.
- Las pacientes utilizan la prenda que se les brinda en el consultorio; no saben si son las únicas que la han utilizado, buscan limpieza. Resaltan en su uso; sensación de frío y exposición, además de desconfianza.

Con la información que resultó de las entrevistas y encuestas anteriores, pudimos, a partir de la reflexión y análisis, visualizar arquetipos de las personas usuarias de las consultas ginecológicas.

Investigación de servicios y productos existentes

Consideramos que a partir de la investigación de diversos productos y servicios actuales, podremos ampliar nuestro conocimiento para desarrollar nuestra propuesta. Elegimos tres componentes clave del servicio ginecológico en los que vemos oportunidad de mejora: plataformas web para encontrar especialistas, modelo anatómico, y bata para pacientes. Además, estos elementos fueron los más mencionados por las mujeres que respondieron a nuestras encuestas y entrevistas.

Plataformas para encontrar especialistas

La búsqueda de especialistas es un momento clave para que las mujeres obtengan la información necesaria para la elección de ginecóloga. Actualmente existen variedad de plataformas para encontrar especialistas médicos, en estas plataformas se toman en cuenta las especificaciones de ubicación, presupuesto y horarios de las pacientes. Se ha popularizado el uso de estas plataformas ya que esta forma de contacto permite a las personas ingresar datos específicos de su caso, además de facilitar conocer más sobre la o el especialista que le brindara atención médica.





En la siguiente tabla, mostramos las características de las principales plataformas en México, que ofrecen el servicio de búsqueda de especialistas para la generación de citas médicas.

PÁGINA WEB	PERSONAS USUARIAS	APARTADOS	CALIFICACIÓN DE BÚSQUEDA	RETROALIMENTACIÓN
Doctoralia México	<ul style="list-style-type: none"> -Especialistas -Profesionales de la salud -Personas buscando atención y guía médica 	<ul style="list-style-type: none"> -Especialista por ubicación -Pregunta al experto -¿Cómo protegemos los datos? -Registrarme -Paciente -Especialista -Centro médico -Haz una cita -Horarios de consulta 	Especialista, ubicación, gravedad, complejidad de malestar, dudas	Estrellas de calidad y opiniones
TocDoc México	<ul style="list-style-type: none"> -Especialista -Profesionales de la salud -Personas buscando atención y guía médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Registra tu práctica - Entrar - Déjanos un mensaje - Vive saludable publicaciones 	Búsqueda por especialidad, ubicación, seguros médicos, universidad del especialista	Estrellas de calidad y opiniones
Top Doctors México, presencia en otros países	<ul style="list-style-type: none"> -Especialista -Profesionales de la salud -Personas buscando atención y guía médica 	<ul style="list-style-type: none"> -Descubre cómo funciona -Mi cuenta -¿Eres doctor? -Idioma -País -Descubre cómo funciona -Registrarse -Quiénes somos -Nominee doctors -¿Por qué elegimos? -Top Doctors Awards 	Búsqueda por ubicación, especialidad, tratamiento, seguro médico, género, consulta a niños	Top Doctors Awards, estrellas, comentarios de pacientes

Modelo anatómico

El modelo anatómico se utiliza en los consultorios como elemento didáctico. Con este, la especialista explica a la paciente sobre los procedimientos a realizar, también es el medio para visualizar la anatomía de los órganos sexuales.

Los modelos anatómicos actuales, por el material de fabricación, son pesados y rígidos. Esto limita la intención de manipular e interactuar con ellos.

Modelo	Descripción	Personas Usuarías	Material y mantenimiento	Precio de venta MXN	Medidas y peso
<p>Axis Scientific 3-Part Female Pelvis</p>  <p>Fig. 53</p>	<p>Modelo de sección transversal ilustra 8 patologías múltiples. Tarjeta educativa incluida con las 8 patologías y 24 puntos</p>	<p>Estudiantes y educadores de medicina.</p> <p>En consultorios médicos para la educación del paciente y se utiliza para presentaciones legales.</p>	<p>Cloruro de polivinilo.</p> <p>Limpieza para retirar polvo con limpiador estándar.</p>	<p>\$2.602</p>	<p>8.5" x 6.5" x 2.5" pulgadas</p>
<p>Genital Organ Model Female</p>  <p>Fig. 54</p>	<p>Modelo de órgano genital, mujer. Tamaño natural, 4 piezas, muestra una sección sagital mediana. Incluye un útero removible de 2 partes y mitades removibles del con detalles de su estructura interna.</p>	<p>Estudiantes y educadores de medicina.</p> <p>Pacientes y ginecóloga</p>	<p>Cloruro de polivinilo.</p> <p>Limpieza para retirar polvo con limpiador estándar.</p>	<p>\$1, 326.76</p>	<p>14x14x12 cm</p>
<p>Modelo Axis Scientific</p>  <p>Fig. 55</p>	<p>Pelvis con feto maduro</p> <p>Proporciona observación de la pelvis durante el tercer trimestre del embarazo. Muestra la sección mediana a través de la pelvis con un feto removible. montado sobre una base de plástico blanco</p>	<p>Estudiantes y educadores de medicina.</p> <p>Pacientes y ginecóloga</p>	<p>Cloruro de polivinilo.</p> <p>Limpieza para retirar polvo con limpiador estándar.</p>	<p>\$4,592.21</p>	<p>14x10x16 pulgadas</p>
<p>Pelvic Section Female Organs Model</p>  <p>Fig. 56</p>	<p>Modelo pélvico detallado de tamaño natural y una sección transversal</p>	<p>Estudiantes y educadores de medicina.</p> <p>Pacientes y ginecóloga</p>	<p>Cloruro de polivinilo.</p> <p>Limpieza para retirar polvo con limpiador estándar.</p>	<p>\$2,275</p>	<p>25x18x27 cm. 1.3 kg.</p>

Bata para pacientes

La bata es una prenda de uso provisional que tiene la función específica de facilitar el acceso a las partes del cuerpo a explorar en la revisión, (senos, vientre, vulva y órganos sexuales internos) además de evitar manchas en la ropa de las pacientes provocadas por fluidos corporales, geles o lubricantes.

A partir de identificar puntos de contacto altamente sensibles, identificamos el uso de la bata como uno de los elementos más importantes pues es un elemento presente durante la mayor parte de la consulta y puede establecer el sentido y cuidado de la consulta, al ser estos momentos los de mayor exposición y vulnerabilidad.

Modelo





Fig. 57



Fig. 58



Fig. 59

Modelo	Descripción	Personas Usuarías	Material y mantenimiento	Precio de venta MXN
	Bata de lino en color azul plumbago	Paciente	Tela Lino Reutilizable	\$324.80
	Bata desechable con tira en el cuello para ajustar, manga corta.	Paciente	Tela de 35 gr Desechable	Paquete con 5 unidades \$8.40
	Bata de tela con tira en cuello y cadera para ajustar. Manga 3/4	Paciente	Tela de mezcla de algodones Lavable	Paquete con 6 unidades \$1,826.46s

***Blueprint*/diagrama de interacciones del servicio actual**

A partir del análisis anterior, con la información recabada de los productos y servicios existentes actualmente, así como de su funcionamiento, podemos desarrollar el *blueprint* de la consulta actual.

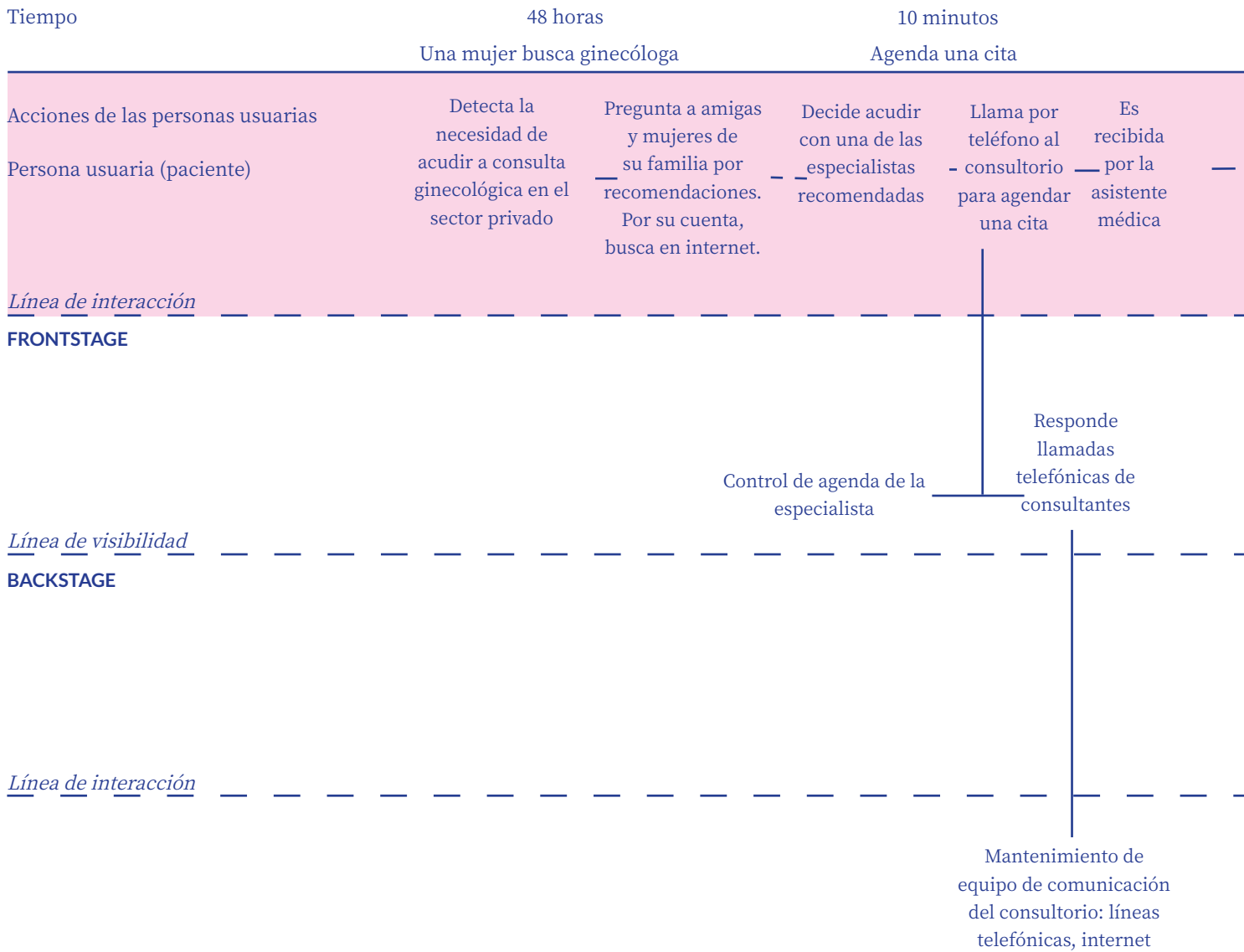
Un *blueprint* es un diagrama que permite visualizar las interacciones entre los diferentes componentes de un servicio y sus procesos. Este método se puede utilizar para analizar un servicio existente y para el diseño de un nuevo servicio.

Es una versión más amplia e informativa del *journey map*, ya que incluye procesos, personas, y tecnologías necesarias para el funcionamiento del servicio pero que no son visibles directamente para la persona usuaria. Estos puntos son mapeados a través del uso de conceptos como "línea de visibilidad", "*backstage*" y "*frontstage*".

La "línea de visibilidad" se refiere al límite entre lo que la persona usuaria puede observar directamente; el "*backstage*" se refiere específicamente a lo que la persona usuaria NO observa. Además, el "*backstage*" involucra todos los procesos necesarios para el correcto funcionamiento del servicio y/o atención. Por otro lado, el "*frontstage*" se refiere a lo que la persona usuaria SÍ observa directamente.

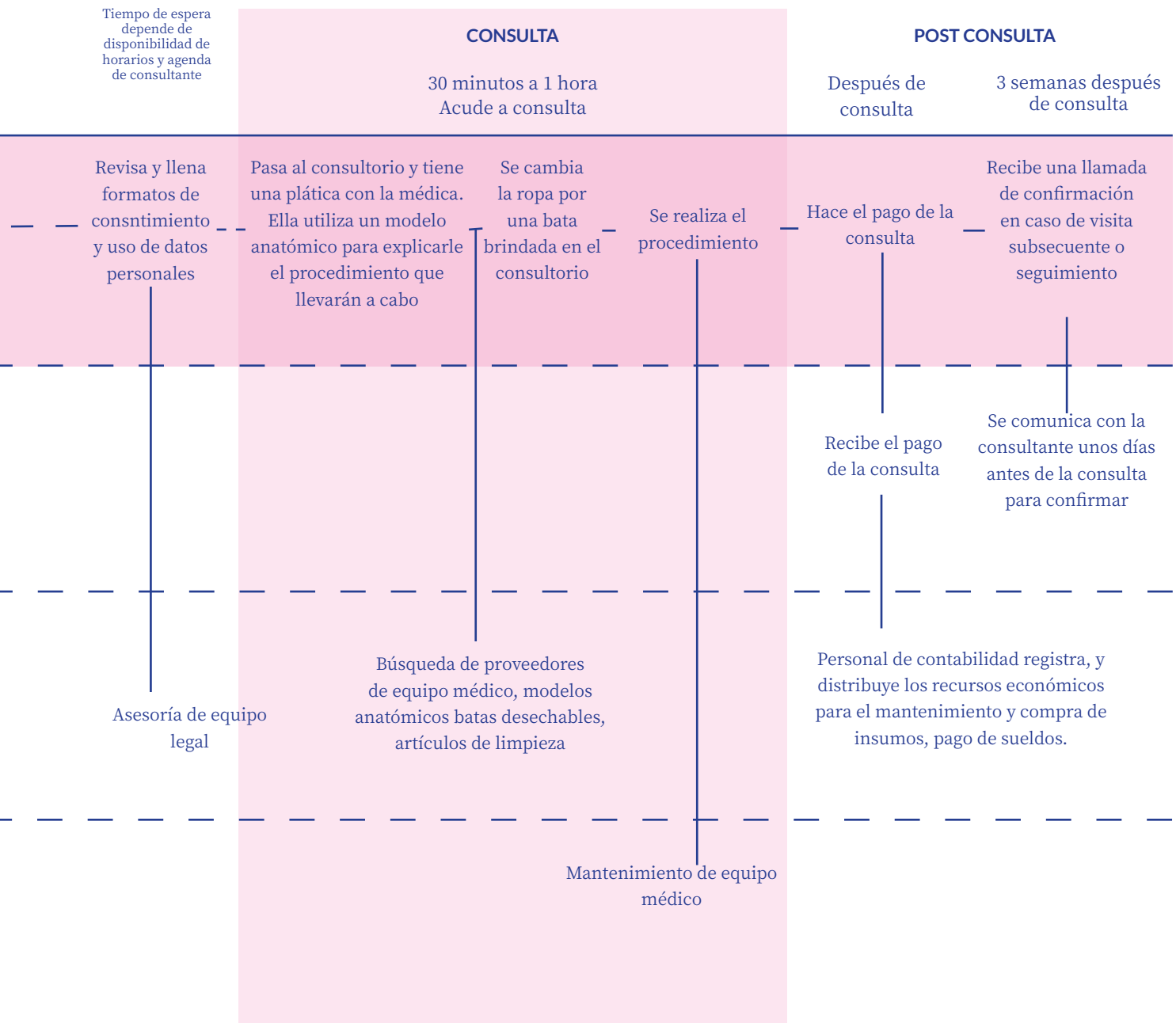
A continuación analizaremos mediante este método, el servicio actual, con el fin de visualizar los puntos de nuestra propuesta y cómo podemos intervenir en la experiencia final a través de la estructura interna del servicio.

PRE CONSULTA



OPORTUNIDADES DETECTADAS

- Lejanía en el seguimiento de la experiencia de la paciente después de la consulta
- No hay formas claras de dar retroalimentación sobre la experiencia en el consultorio



La gráfica de “contexto rediseño de la experiencia ginecológica” (Tabla 3) nos ayuda a resumir y visualizar las estructuras materiales e inmateriales que forman e influyen la experiencia de la consulta ginecológica. Por ejemplo, la estructura cultural se refiere al impacto de la cultura que tiene por sí misma en la experiencia de la persona usuaria (los valores, el idioma, o normas), mientras que la estructura espacial se refiere al lugar en que ocurre la experiencia.

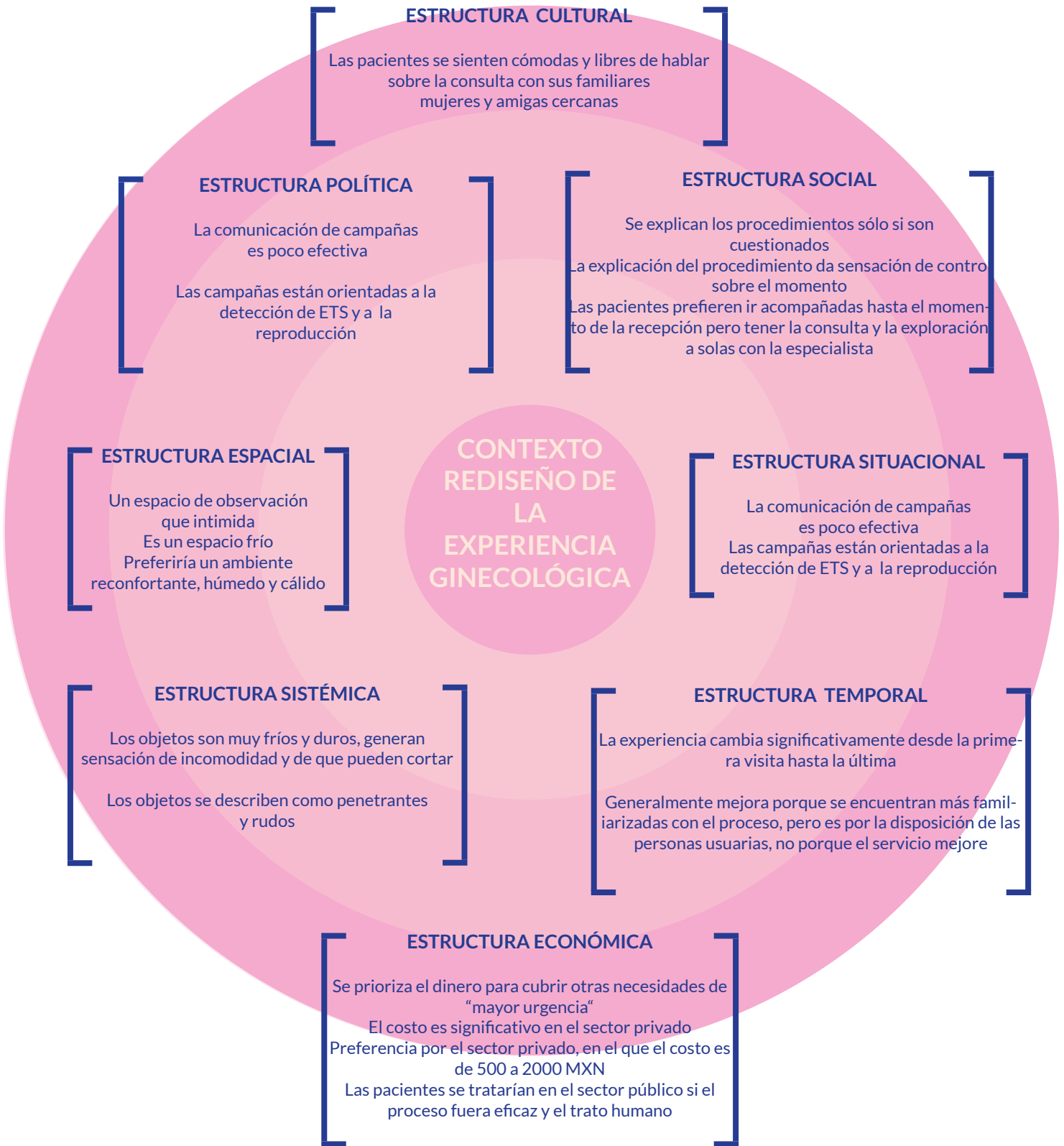


Tabla 3. Contexto Rediseño de la experiencia ginecológica

“Mi mente femenina se siente por completo fuera de su centro cuando trato de hacerla funcionar de acuerdo con ciertas normas inventadas, practicadas por hombres y dedicadas a mentes masculinas”

Rosario Castellanos (1950)

ROSARIO

6.0
IDEACIÓN

En este capítulo presentaremos nuestros primeros acercamientos a las propuestas finales de esta tesis.

Iniciamos nuestro proceso de ideación, analizando cada etapa de la experiencia de acudir a una consulta ginecológica. Como lo hemos tratado en los capítulos anteriores nuestra secuencia es:

Búsqueda de especialista

Elección de especialista

Agendar la cita

Periodo de espera

Llegada al consultorio

Espera y llenado de formatos

Pasar a consulta

Plática introductoria

Explicación del procedimiento

Cambio de ropa por bata

Procedimiento

Cambio de bata por ropa

Plática de conclusión

Salida de consultorio

Retroalimentación y apoyo a especialista

* Los puntos en rojo serán en los que realizaremos una propuesta.

Propuesta espacial

A partir de las entrevistas y encuestas pudimos registrar que uno de los factores más mencionados fue el espacial. Al ser este aspecto, lejano a nuestros propósito y alcances, nos limitamos a enlistar una serie de recomendaciones para generar un espacio más cercano a lo que buscamos generar en nuestras propuestas : calidez, cercanía y cuidado.

Recepción/ sala de espera

En la recepción, buscamos comunicar seguridad, calidez y atención. Para esto sugerimos el uso de materiales naturales (madera, fibras tejidas), además de la incorporación de vegetación, por estar demostrada su capacidad de mejorar la calidad del aire y de reducir tensión.

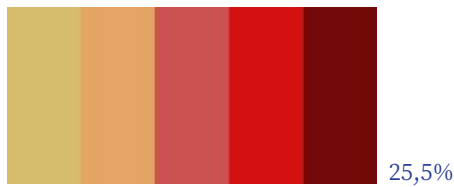
Consultorio

En el consultorio, una de las principales sugerencias es eliminar la división que representa el escritorio de la especialista. A través del uso de una mesa baja, se puede romper la barrera entre especialista y paciente.

Gracias a la segunda encuesta que realizamos, pudimos registrar información referente a las preferencias de las mujeres. En este caso relacionadas con los colores que prefieren en el contexto de la consulta ginecológica. Los resultados son los siguientes:

Podemos concluir que las mujeres encuestadas, prefieren en su mayoría, las tonalidades frías y las tonalidades cálidas cercanas a las tonalidades de piel.

A partir de estos datos podemos incorporar las preferencias de las mujeres usuarias en nuestras propuestas.



Al elegir entre las siguientes paletas de colores, las mujeres encuestadas prefirieron:



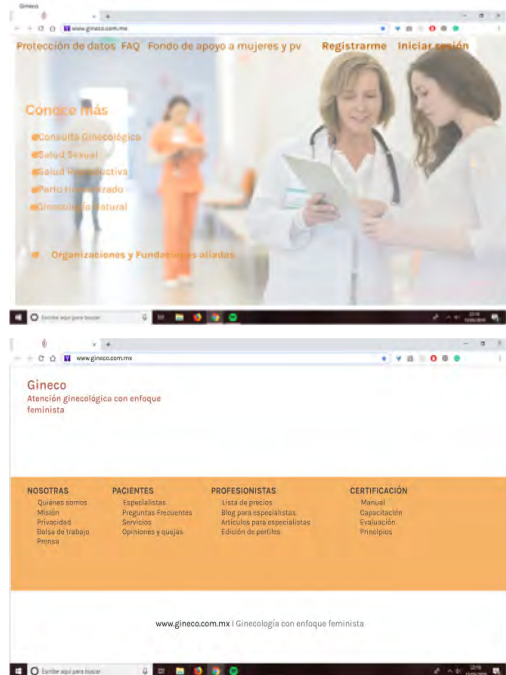
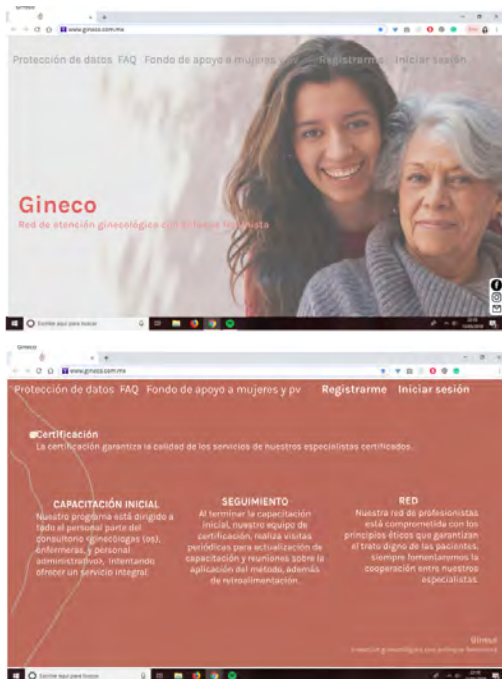
Búsqueda de especialista

Página web

Para esta primer etapa, decidimos diseñar una plataforma web que facilitara a las mujeres encontrar a su ginecóloga ideal. Esta plataforma tendrá las siguientes características:

FUNCIÓN	PERSONAS USUARIAS	¿PARA QUÉ?	¿QUÉ NECESITA?	MEDIO	MATERIAL
<p>Centro de información para la guía y canalización de atención ginecológica especializada, con enfoque feminista</p>	<p>Mujeres, personas con vulva</p>	<p>Búsqueda de ginecóloga ideal</p>	<p>Conexión a internet</p>	<p>Computadora o teléfono con acceso a internet</p>	<p>Plataforma o servicio de página web</p>
	<p>Administradoras de consultorios inscritos</p>	<p>Calificar servicio, Información, seguimiento de programas</p>		<p>Computadora o teléfono inteligente.</p>	<p>Programas de diseño digital</p>
	<p>Pacientes regulares</p>	<p>Colocación de información nueva</p>		<p>Computadora</p>	
	<p>Personal interno de la compañía prestadora de servicio</p>	<p>Actualizaciones</p>		<p>Computadora</p>	
	<p>Programadora(o)</p>				

Primer acercamiento al diseño de una plataforma web para búsqueda de especialistas



Plática introductoria

La consulta introductoria es el primer momento en el que la paciente y la especialista tienen una conversación privada en un ambiente controlado (consultorio). **Este momento puede ser determinante para formar una relación de confianza.**

Modelos anatómicos

Al ser el momento anterior a la revisión, es ahora cuando la especialista explica el procedimiento que se realizará. Para esto, cuenta con diversos materiales de apoyo, en la mayoría de los casos, se utiliza un modelo anatómico de pvc, que representa los órganos sexuales de las mujeres, además puede utilizar recursos gráficos como láminas explicativas.

Los modelos anatómicos actuales, por su rigidez y peso, no comunican calidez ni facilidad de interacción, lo cual limita aprendizaje, entendimiento y apropiación.

Por esto, nuestra propuesta para este momento es un modelo anatómico de los órganos sexuales fabricado en textil con el que la paciente pueda interactuar. Para lograr un mayor entendimiento de la relación entre nuestros órganos, incorporamos órganos de la zona pélvica que no suelen estar presentes en los modelos actuales pero que se pueden ver afectados en los procesos ginecológicos como el recto y la vejiga.

La paciente (guiada por la especialista), se familiariza con los órganos y su posición, para visualizar las zonas de contacto en esa consulta.

Decidimos iniciar el proceso de ideación a partir de las siguientes propiedades de interacción:

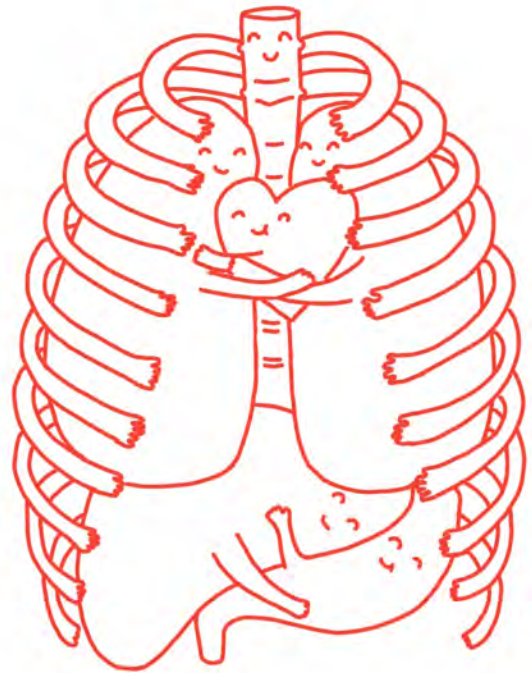
Descubrimiento gradual: Cada parte del modelo se descubre al irse manipulando.

De uso frecuente: Cada parte del modelo puede ser manipulada sin miedo de romperlo.

Interacción fluida: Cada parte del modelo es fácilmente separable

Flexible: Cada parte del modelo por su conformación textil, es manipulable.

Cálidez: Por ser de material textil y de colores percibidos como cálidos.



Boceto de inspiración para materialización de propuesta

Con estas características en mente, realizamos un primer acercamiento a nuestra propuesta:

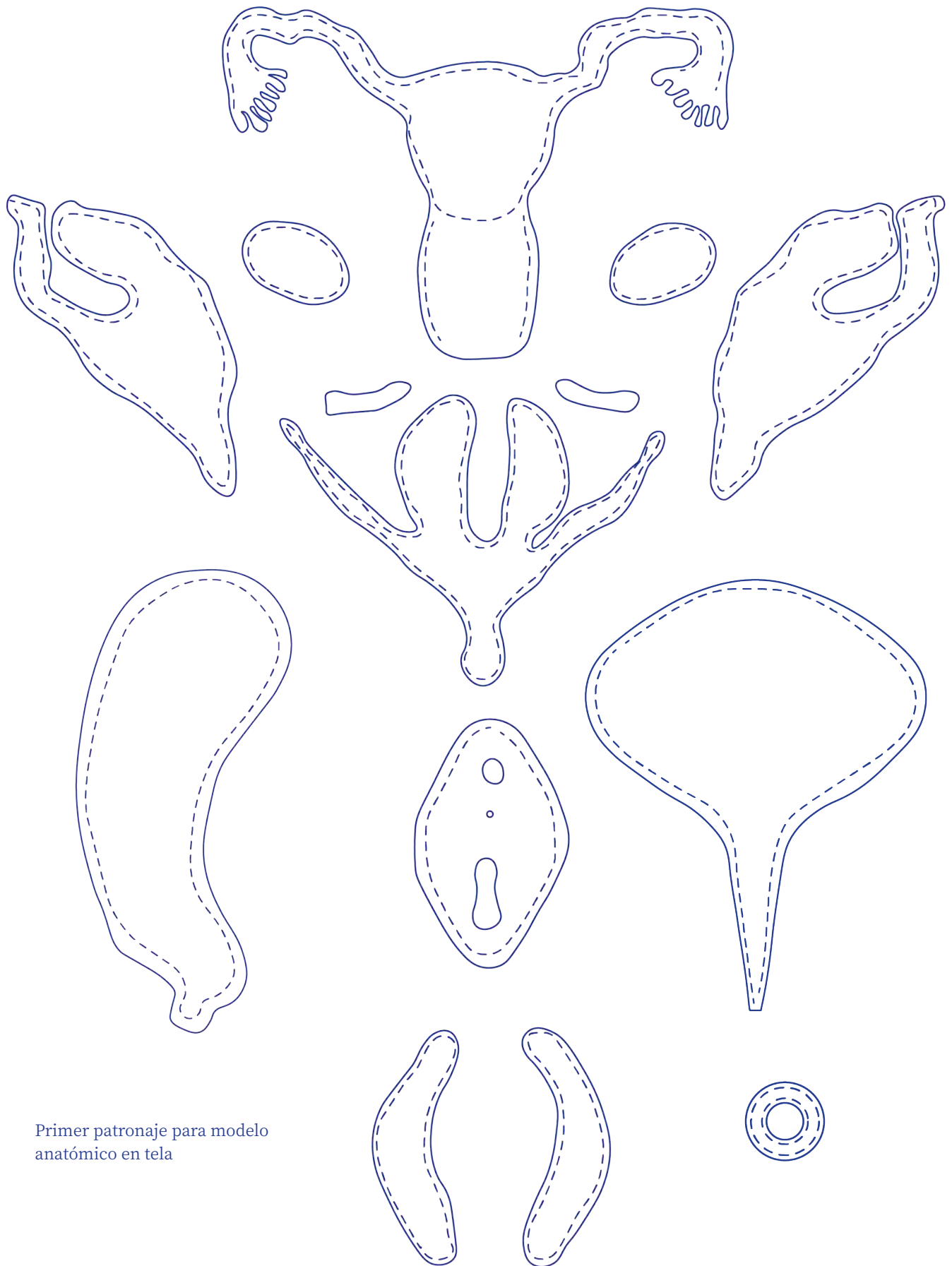
FUNCIÓN	PERSONAS USUARIAS	¿PARA QUÉ?	¿QUÉ NECESITA?	MEDIO	MATERIAL
<p>Modelo interactivo para que la especialista explique a la paciente sobre el procedimiento a realizar y la paciente pueda "apropiarse" del modelo y proyectarlo en su cuerpo</p>	<p>Pacientes Ginecólogas</p>	<p>El modelo genera una experiencia abierta al aprendizaje, y a la relación entre el modelo y el cuerpo humano. En consulta puede ser usado para demostrar el procedimiento y entender las sensaciones que se experimentan en la revisión.</p>	<p>Acompañamiento e instrucción de una especialista en salud, para aclarar dudas y explicar la relevancia de cada órgano según las necesidades de la paciente</p>	<p>Explicación hablada</p>	<p>Feltro, relleno algodón acrílico. Alambre maleable</p>



PROBLEMÁTICA ACTUAL	PROPUESTA INTANGIBLE	PROPUESTA TANGIBLE
Explicar y comprender un modelo que no invita a la interacción	CONCEPTO ABRAZO	Materiales que no se rompen al caer
Modelo pesado y frío		Materiales ligeros y suaves
Modelo costoso, que suele vivir como decoración por posibilidad de daño		Modelo de menor precio, materiales resistentes al uso continuo
Falta de apropiación del modelo. Lejanía. Impersonal.	Relacionar el modelo con los órganos propios	Cinturón que acerca el modelo al cuerpo



VULVA



Primer patronaje para modelo anatómico en tela

VULVA







Pruebas en escala, colores y combinación de textiles

Cambio de ropa por bata

La bata es uno de los principales elementos de cualquier tipo de consulta médica que requieran de alguna exploración por parte de la especialista. Esta bata representa vulnerabilidad para la persona que se desprende de su ropa personal para colocarse una de uso genérico, brindada y elegida por alguien más. Por esto, consideramos primordial el rediseño de esta prenda para la dignificación de este momento para la paciente.

Contribución generativa

Para tomar decisiones estéticas y de producción, realizamos una serie de moodboards sobre colores, texturas y estilos. Para tomar las decisiones sobre estos moodboards, realizamos una encuesta a 82 mujeres de edades entre 19 a 59 años. Los resultados arrojados por esta encuesta, nos dieron un punto de partida para tomar decisiones de diseño



Poder

Telas gruesas y semirígidas

Fuerte presencia de dos colores altamente contrastantes, uno en la vista interior y otro en la exterior

Diseñar una prenda que a partir de la estructura y los cambios de color explique su función y forma de uso

Una prenda que tenga un carácter fuerte de control y privacidad

Moodboards iniciales

Realizamos 4 moodboards de inspiración para el diseño de nuestra propuesta.

Los aspectos principales de nuestra propuesta para este producto son:

Como primer paso, se erradica el uso de la bata y se pide a la paciente que acuda a consulta vistiendo una falda vestido propio.

Aquellas pacientes que no se sientan cómodas portando una falda o vestido, tendrán la posibilidad de utilizar una bata rediseñada.



Natural

Fibras naturales

Colores cálidos

Un enfoque con el que queremos provocar una sensación de conexión humana.

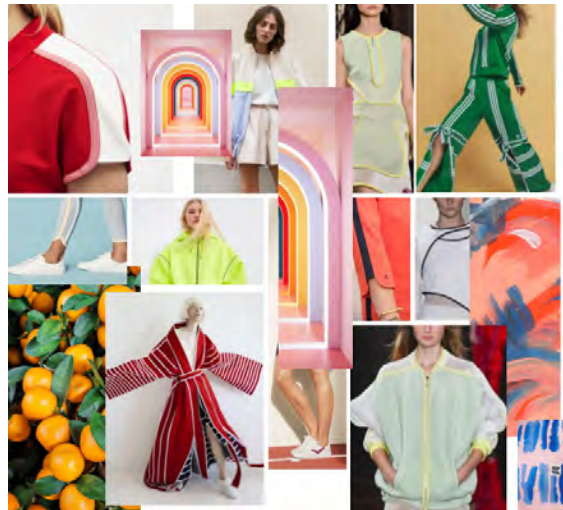
Colores sólidos, monocromático

Calidez, cuidado, calma.



Lujosa

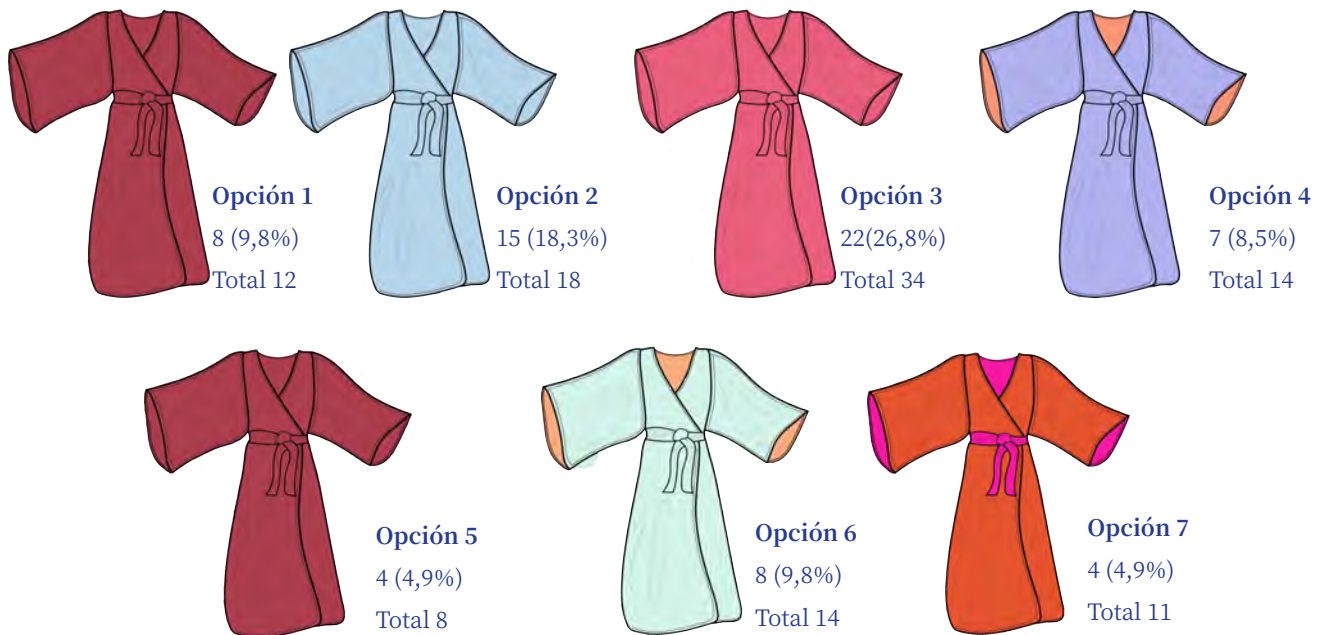
Textiles con mayor peso y sin transparencias.
 Bordes en tonos contrastantes.
 Estética lujosa con la que buscamos transmitir sensación de autocuidado y control



Deportiva

Estética deportiva con la que buscamos centrarnos en la estética del cuidado de la salud alejándonos de lo hospitalario.
 Líneas en tonos contrastantes, paletas mixtas, remates curvos.

Ilustramos diferentes propuestas incorporando las paletas de color de los moodboards anteriores, pudimos observar que las preferencias de color en batas son las siguientes:



Las tres opciones más elegidas resultan:

- Opción 3
- Opción 4
- Opción 2

Sobre las texturas y sensaciones térmicas de diferentes materiales, la mayoría (28.7%) de las mujeres encuestadas prefirieron:

Algodón y fibras respirables

Todas las respuestas obtenidas, nos orientaron para proponer el moodboard final:



Textiles con mayor peso y grosor, sin transparencias

Buscamos centrarnos en la estética del cuidado de la salud alejándonos de lo hospitalario, con carácter de control y privacidad

Líneas y bordes en tonos contrastantes, paletas mixtas, remates curvos

Telas gruesas y semirígidas

Fuerte presencia de dos colores altamente contrastantes, uno en la vista interior y otro en la exterior.

Posibilidad de agregar un tercero en forma de bias o detalle de unión.

Prenda que a partir de la estructura y los cambios de color explique su función y forma de uso (vista interior y exterior)

Tomamos las siguientes decisiones para el diseño de la bata:

PROBLEMÁTICA	PROPUESTA CONCEPTUAL	PROPUESTA TANGIBLE
Sobre exposición		<p>La forma de cierre de la bata, será frontal. Así las pacientes tendrán mayor control sobre la exposición de sus cuerpos.</p> <p>Usaremos algodón por ser una tela gruesa, sin riesgo de transparencias, así evitaremos sensaciones de frío y exposición</p>
Vulnerabilidad	Concepto ABRAZO	Mangas amplias que puedan abrazar al cuerpo
Desconfianza		Nos alejaremos de los colores percibidos como “sucios” (grises, cafés, negro)
Confusión en el uso	Prenda que explique su función a partir de códigos de uso	Trabajaremos dos colores altamente contrastantes, uno en la vista interior y otro en la exterior
Frialdad hospitalaria	Comunicar cuidado a través de la estética	Líneas y bordes en tonos contrastantes, paletas mixtas, remates curvos. Posibilidad de agregar un tercero en forma de bias o detalle de unión.

Nuestro primer acercamiento a la materialización de estas ideas, fue a través del patronaje de las prendas en papel. Nuestra propuesta, además de la bata, incluye un pantalón.



Para la siguiente etapa, decidimos realizar maquetas a menor escala, experimentando con el largo de las mangas y la forma de cerrado de la bata.





La etapa de ideación fue valiosa ya que pudimos experimentar para desarrollar las primeras materializaciones de nuestras propuestas.

Concluimos el capítulo de ideación que resulta en el capítulo final de nuestra tesis: **REDISEÑAR LA EXPERIENCIA GINECOLÓGICA CON PERSPECTIVA FEMINISTA.**



PROTOTIPOS



PROT



2
PROTOTIPOS



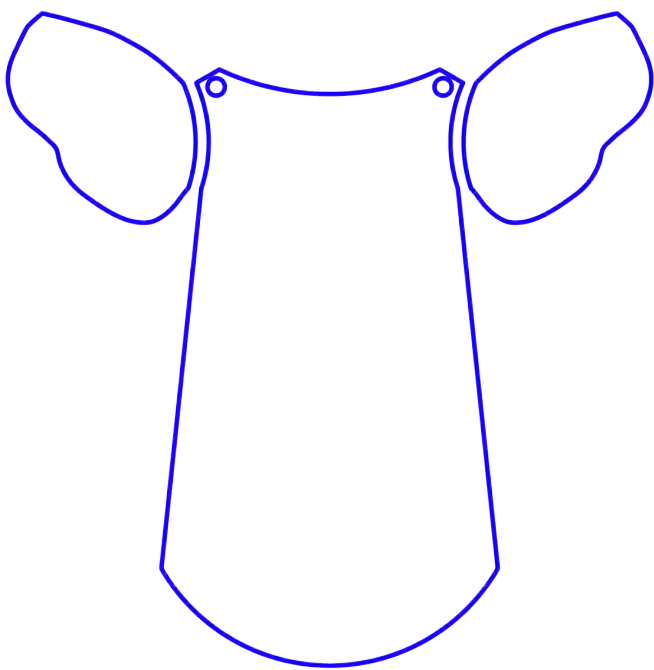
3
PROTOTIPOS

Prototipo en tela 1

En este prototipo, incorporamos botones de madera para la parte superior de la bata. Además de teñido en color rosado con teñido natural de hueso de aguacate. A partir de esta prueba pudimos determinar que necesitamos mayor control sobre la parte de hombros y espalda para evitar que caiga y resulte complicado alcanzarla.



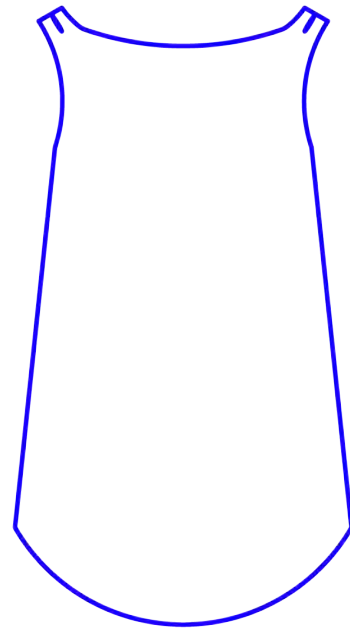
VULVA



390 mm

628 mm

628 mm



1111 mm

628 mm

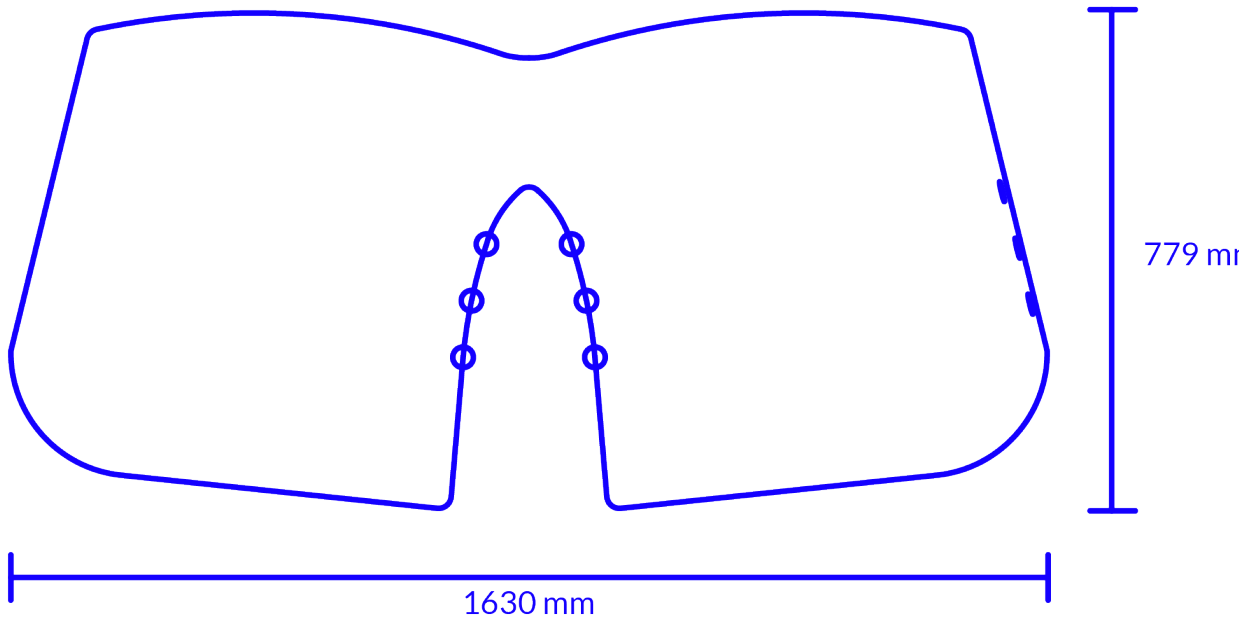
628 mm

Prototipo en tela 1

En el caso del pantalón, es primordial que se tenga acceso a la zona pélvica sin descubrir las piernas. En este prototipo, incorporamos botones de madera en las uniones internas. Además de teñido en color amarillo con teñido natural de cúrcuma. A partir de esta prueba pudimos determinar que es necesario aumentar el tiro y cambiar el sistema de sujeción.



VULVA



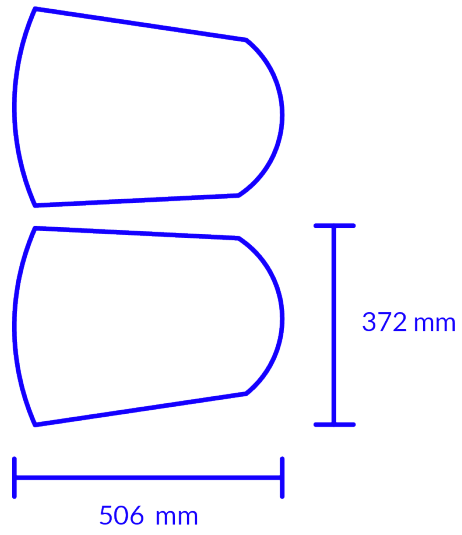
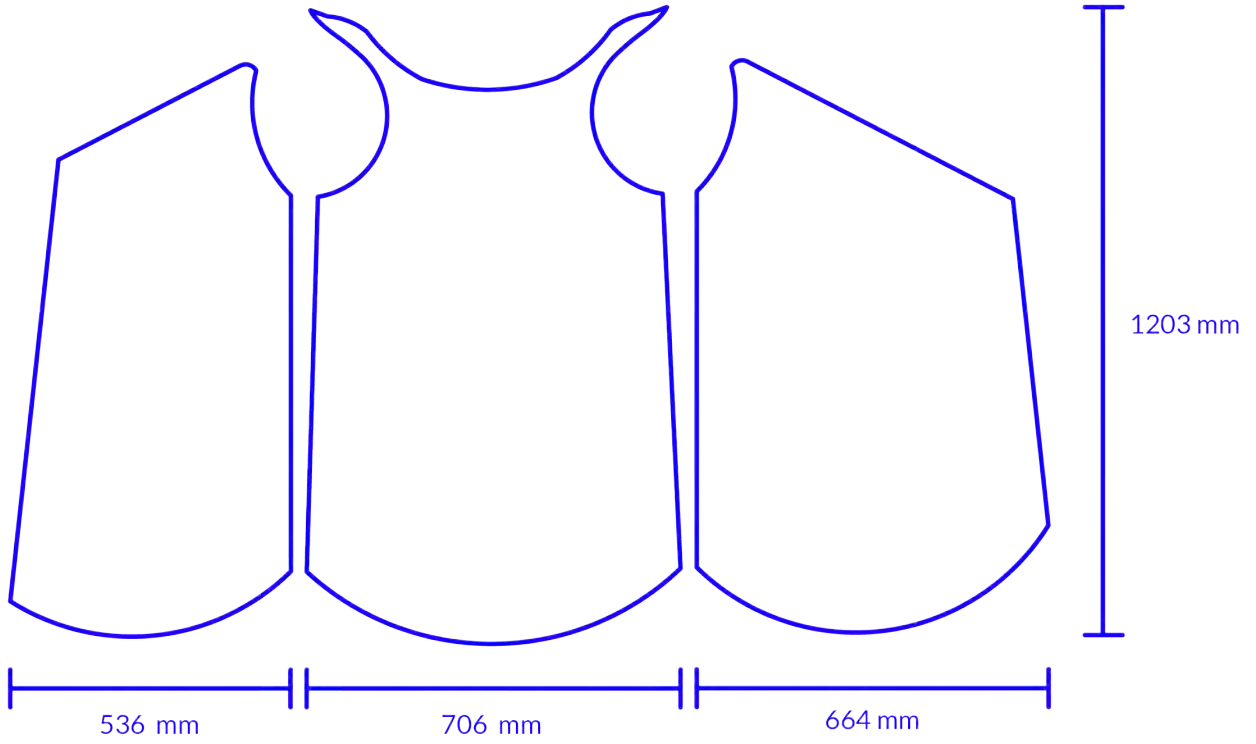
Prototipo en tela 2

Para este prototipo, integramos el cinturón al cuerpo de la bata, para evitar que este caiga o se pierda. Además, eliminamos los botones en hombros uniendo las piezas frontales con la pieza trasera. Aumentamos el tamaño de la manga, para incrementar la superficie del pecho que cubre.

También decidimos eliminar los botones de madera. Como última modificación decidimos aumentar el largo y ancho de las mangas para imitar la función de un rebozo, por su percepción de protección, seguridad y calidez. Emociones que buscamos comunicar a través de esta propuesta.



VULVA



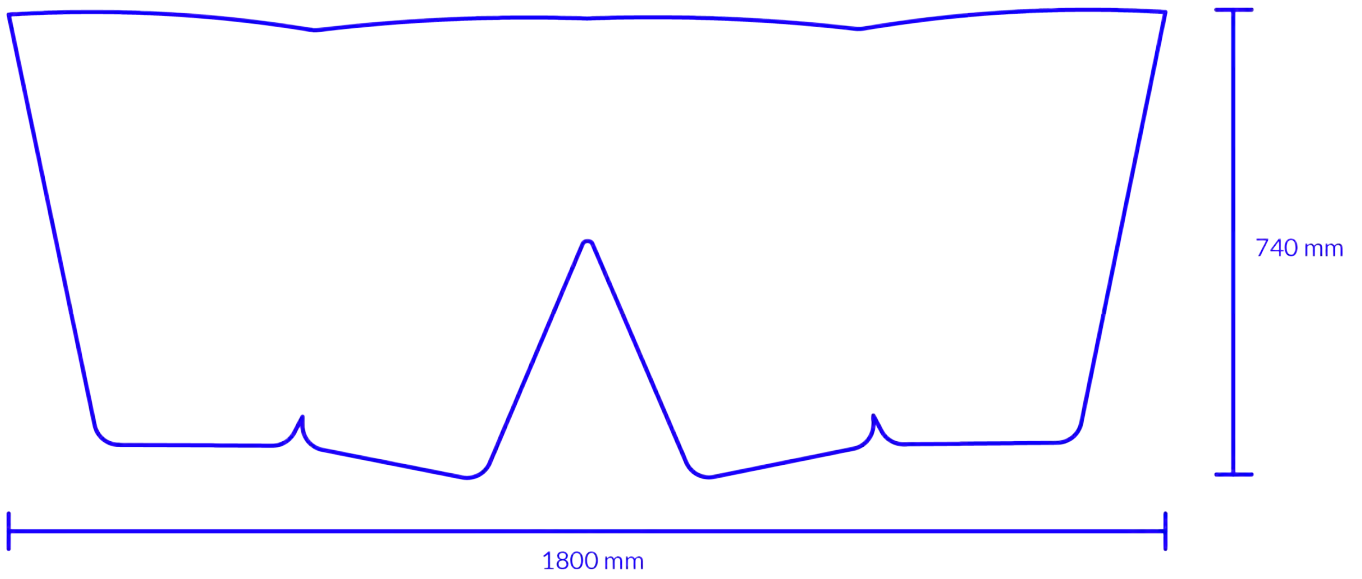
Prototipo en tela 2

En este segundo prototipo decidimos eliminar los botones en la unión interior de las piernas y unimos con costura. Además, decidimos cambiar el método de cierre, añadiendo un segundo cinturón, que da mayor sujeción a la parte superior de la prenda.

Aumentamos el tiro para que la paciente tuviera libertad de movimiento sin peligro de exponer partes del cuerpo.



VULVA

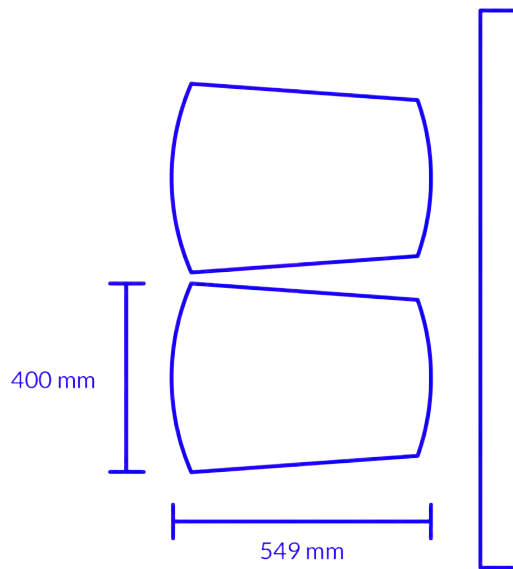
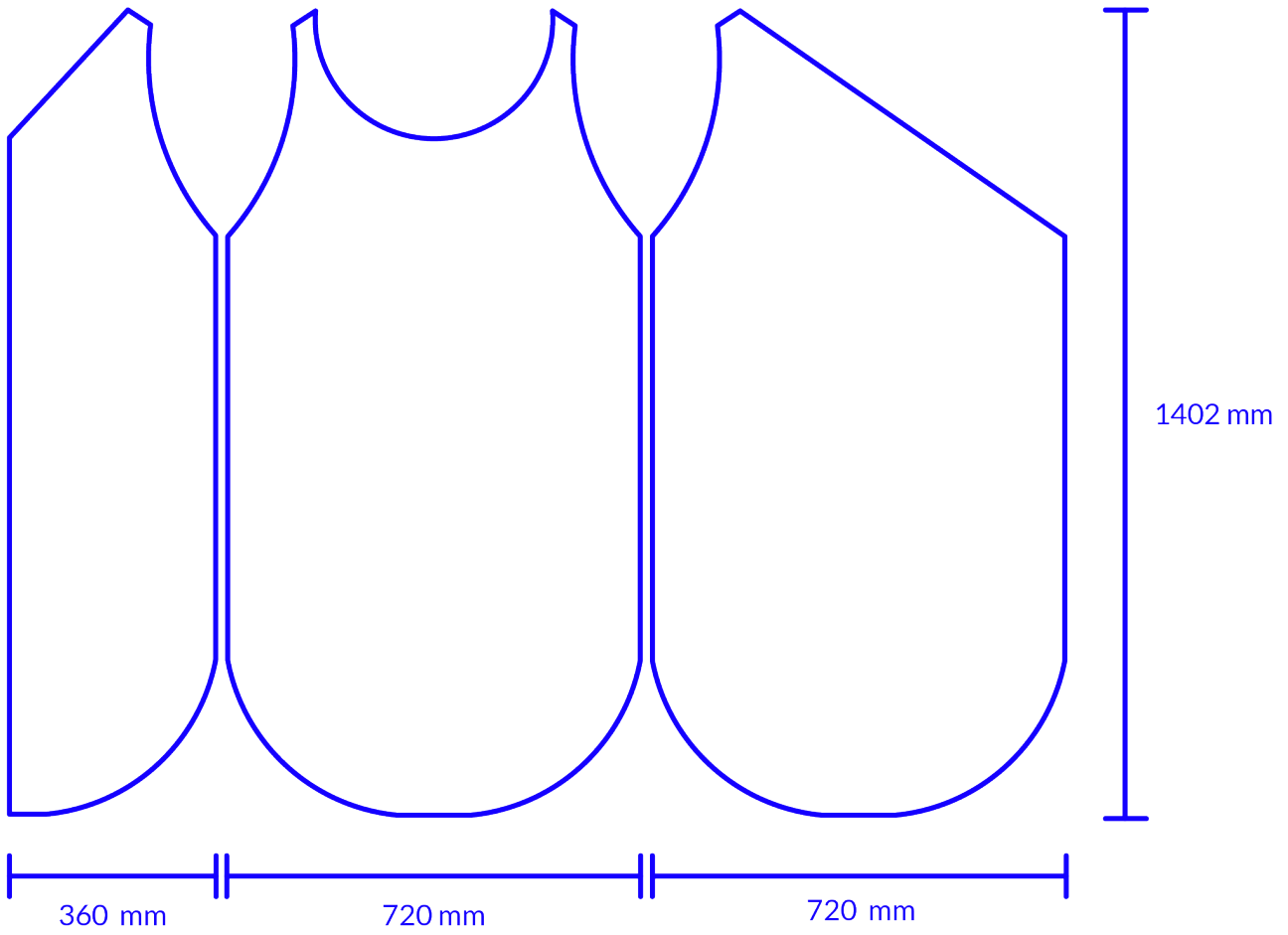


Prototipo en tela 3

Para este prototipo, decidimos incorporar el concepto de dos colores definido en los moodboards de ideación. Eliminamos los botones y unimos a través de nudos. Elegimos dos de los colores preferidos por las mujeres que participaron en la segunda encuesta que realizamos. Este es el prototipo más cercano al final.

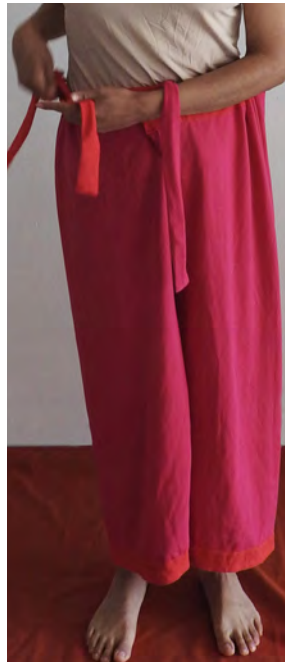


VULVA

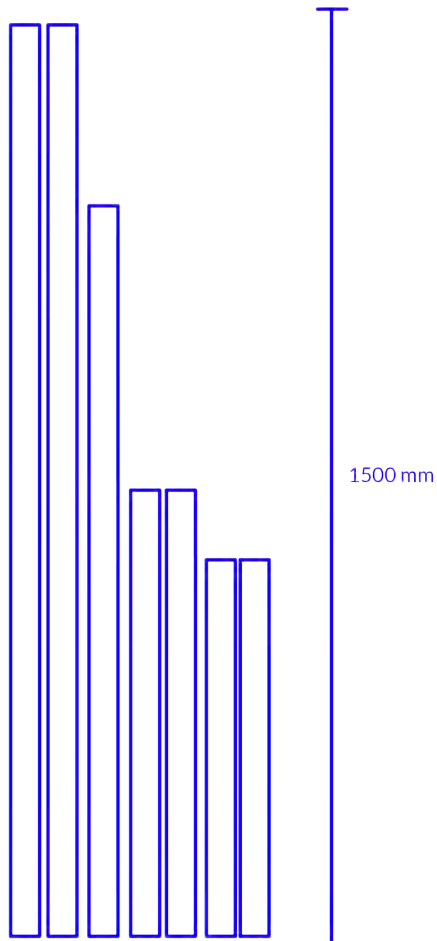
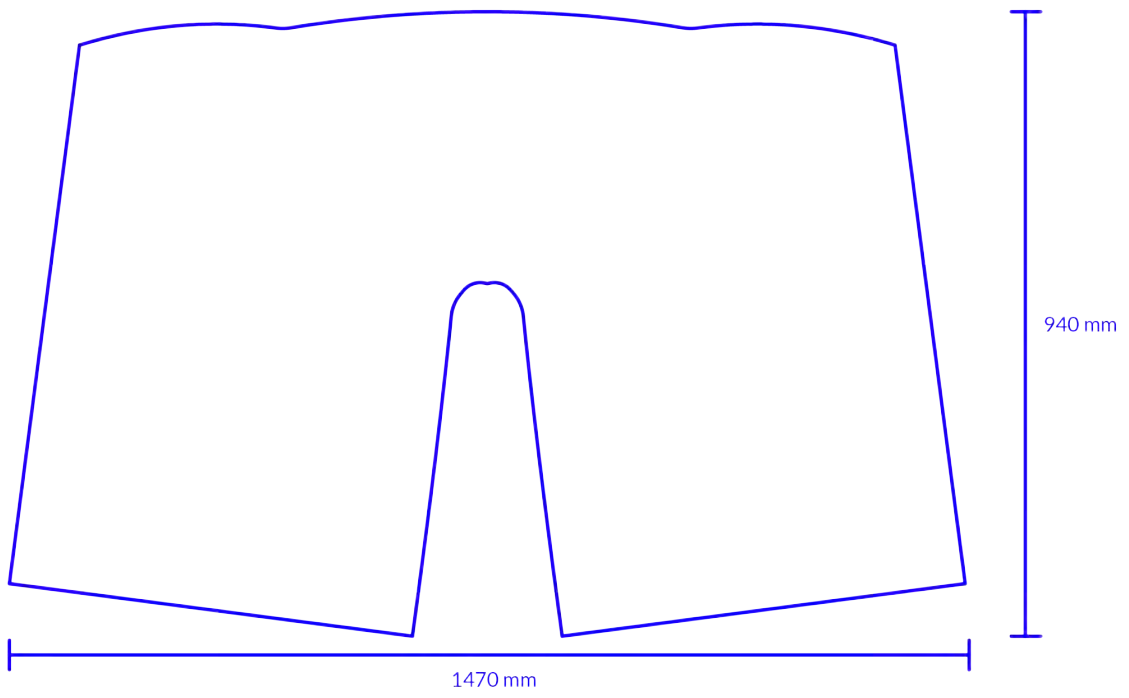


Prototipo en tela 3

Este prototipo no tiene cambios estructurales del prototipo anterior. Realizamos esta propuesta con los acabados finales, como ancho de bias y y corte de piezas que repetiremos para la propuesta final.



VULVA



MARÍA

“Con una mano sujetamos las urgencias,
con la otra acariciamos las utopías”
María Galindo

7.0
REDISEÑAR LA EXPERIENCIA
GINECOLOGICA CON
PERSPECTIVA FEMINISTA

En este capítulo presentaremos el resultado inmaterial y material de nuestra investigación, además del proceso que llevó cada una de estas propuestas. A continuación presentamos el *blueprint*/diagrama de interacciones y *journey map*/mapa de experiencia de nuestra propuesta. Ambos incluyen nuestras propuestas de producto y servicio.

Construimos nuestras propuestas a partir de los siguientes principios:

•**Obtener el tipo de atención que quieres y necesitas.**

Página web.

•**Aminorar la incomodidad a través de los sentidos.**

Material gráfico y recomendaciones.

•**Comprender, apropiación del cuerpo y la experiencia.**

Modelo anatómico.

•**Tener el control sobre la exposición de tu cuerpo.** Bata y pantalón.

Comparación de experiencia actual y nuestra propuesta

A continuación presentamos un *journeymap*/ mapa de experiencia con los momentos de la consulta actual y los momentos con la consulta que proponemos.

Consulta actual

Búsqueda de ginecóloga

¿Qué pasa?

Actual. Las mujeres, en su mayoría, preguntan por recomendaciones de especialistas a familiares y amigas. Dependiendo del número de recomendaciones, se pueden realizar llamadas a los consultorios.

Propuesta: Sin desaparecer la comunicación con círculos cercanos de mujeres, proponemos la creación de una plataforma para encontrar especialistas que respondan a los requerimientos específicos.

Primer contacto

¿Qué pasa?

Actual. Dependiendo del número de recomendaciones, se pueden realizar llamadas a los consultorios para la elección de la especialista.

Propuesta: En la plataforma de TuGine, la paciente elige a la especialista que responda a sus requerimientos y elige la forma en la que se le contactará.

Agendar cita

¿Qué pasa?

Actual: La paciente llama directamente a la clínica, consultorio o número personal de la especialista, donde escoge una cita de acuerdo con las fechas disponibles existentes, en esta etapa generalmente se pregunta sobre el motivo de consulta y el nivel de urgencia. Recientemente se ha hecho más frecuente el uso de registro en línea, en el que igualmente se muestran los horarios disponibles, especialidad y en algunas ocasiones la posibilidad de elegir entre las diferentes especialistas en caso de haberlas.

Propuesta: En el paso de agendar cita sugerimos la adición de un par de preguntas a la información que actualmente se pide: Que explícitamente se le pregunte ¿si existe alguna situación o condición sensible? y ¿cómo desea que se aborde? Ej. evitar la mención del tema, la implementación de algún protocolo especial, o esfuerzos extraordinarios para atender una situación en específico.

En nuestra propuesta buscaríamos que este proceso se hiciera en línea para asegurar la privacidad e intimidad de las pacientes.

Espera

¿Qué pasa?

Actual: La paciente permanece en una sala de espera, en este momento observa el espacio. También en este momento se realiza el llenado de documentos como consentimiento y manejo de datos personales.

Propuesta: Proponemos un espacio con materiales que sean percibidos como cálidos y con material gráfico informativo sobre derechos de las pacientes y consentimiento informado.

Pasar a consultorio/cuestionario escrito de historial médico

¿Qué pasa?

Actual: Este proceso puede ocurrir durante el tiempo de espera, en algunos consultorios se le da a llenar un formato impreso o digital del historial médico a la paciente y en algunos otros se llena una vez dentro de la consulta en forma de preguntas verbales realizadas por la médica.

Propuesta: Que en el proceso de llenado en ambos formatos se tome en cuenta las preferencias y objetivos de consulta de la asistente, que se utilice lenguaje sensible e incluyente y que se eviten preguntas de carácter moral sin respaldo científico actualizado, (como el número de parejas sexuales) además de asegurar el derecho de las pacientes a acceder y ser dueñas de su historial médico.

Explicación del procedimiento

¿Qué pasa?

Actual: La paciente y la ginecóloga sostienen una plática introductoria. A partir del motivo de la cita, se explica a la paciente el procedimiento que se llevará a cabo. Para esta explicación se puede utilizar un modelo anatómico de los órganos sexuales de resina escala 1:2 que muestra los padecimientos más comunes, así como algún elemento gráfico como monografías laminadas, láminas en las paredes y manuales.

Propuesta: Para la explicación del procedimiento, se propone la incorporación de un modelo anatómico de los órganos sexuales fabricado en silicón con el que la paciente pueda interactuar, incorporando otros órganos de la zona pélvica que no suelen estar presentes en los modelos actuales pero que se pueden ver afectados en los procesos ginecológicos como el recto y la vejiga.

Cambio de ropa por bata

¿Qué pasa?

Actual: La especialista pide a la paciente que se cambie y se coloque una bata proporcionada en el consultorio. Esta

bata suele ser de un material rígido o áspero. En algunos casos no se aclara si es desechable o reutilizable y si ha sido utilizada por alguna otra paciente.

Para cambiarse de ropa existen dos opciones: dentro de un baño o detrás de un biombo médico.

En el baño usualmente la paciente debe colocar sus cosas o ropa sobre el retrete o el lavabo, y tocar repetidamente estas superficies.

Cuando se utiliza el biombo la estructura suele moverse continuamente y puede dejar entre ver lo que pasa de los dos lados pues tiene espacios entre la estructura metálica y la tela que sirve como pantalla.

Propuesta: Nuestra propuesta es el establecimiento de elementos básicos mínimos que se pueden satisfacer en el mejor de los escenarios con un espacio exclusivo para desnudarse y ponerse la bata, además de un espacio destinado para poner las pertenencias de la paciente, de no ser así, sugerimos la instalación de un biombo que comunique seguridad, calidez y control.

Procedimiento

¿Qué pasa?

Actual: La paciente sube a la mesa de exploración. La especialista pide a la paciente que tome la posición ginecológica e indica que iniciará el procedimiento. Se inicia con la exploración de la vulva para después introducir el espéculo en el canal vaginal. Con el uso de instrumental específico se toma la muestra de tejido cervical. Mientras este procedimiento ocurre la paciente puede tener respuestas musculares involuntarias. Se retira el espéculo. Se da por terminado el procedimiento y la paciente se reincorpora. La ginecóloga indica a la paciente que puede cambiarse.

Propuesta: La paciente sube a la mesa de exploración. Al estar portando la bata que proponemos, la paciente tiene control sobre la exposición de sus senos en caso de exploración mamaria. Se inicia con la exploración de la vulva para después insertar el espéculo. Se toma la muestra de tejido cervical mientras la paciente intenta controlar respuestas musculares involuntarias. Se retira el espéculo. Se da por terminado el procedimiento y la paciente se reincorpora. La ginecóloga indica que puede pasar a cambiarse la bata.

Cambio de bata por ropa

Plática de conclusión

¿Qué pasa?

La ginecóloga le explica a la paciente lo que sucedió durante la exploración, y se programa la siguiente cita. Se avisa la disponibilidad de resultados.

Después de la consulta

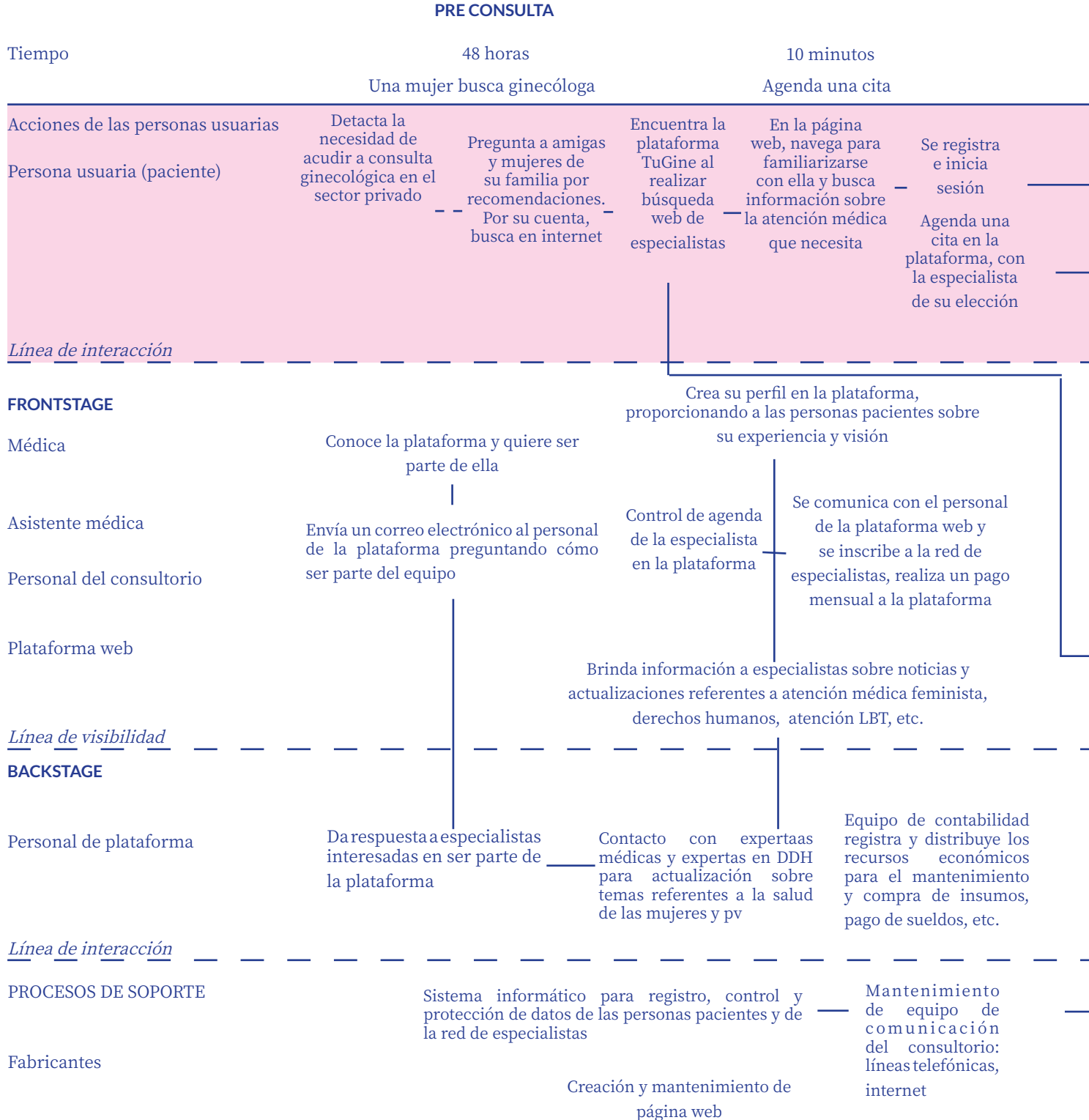
¿Qué pasa?

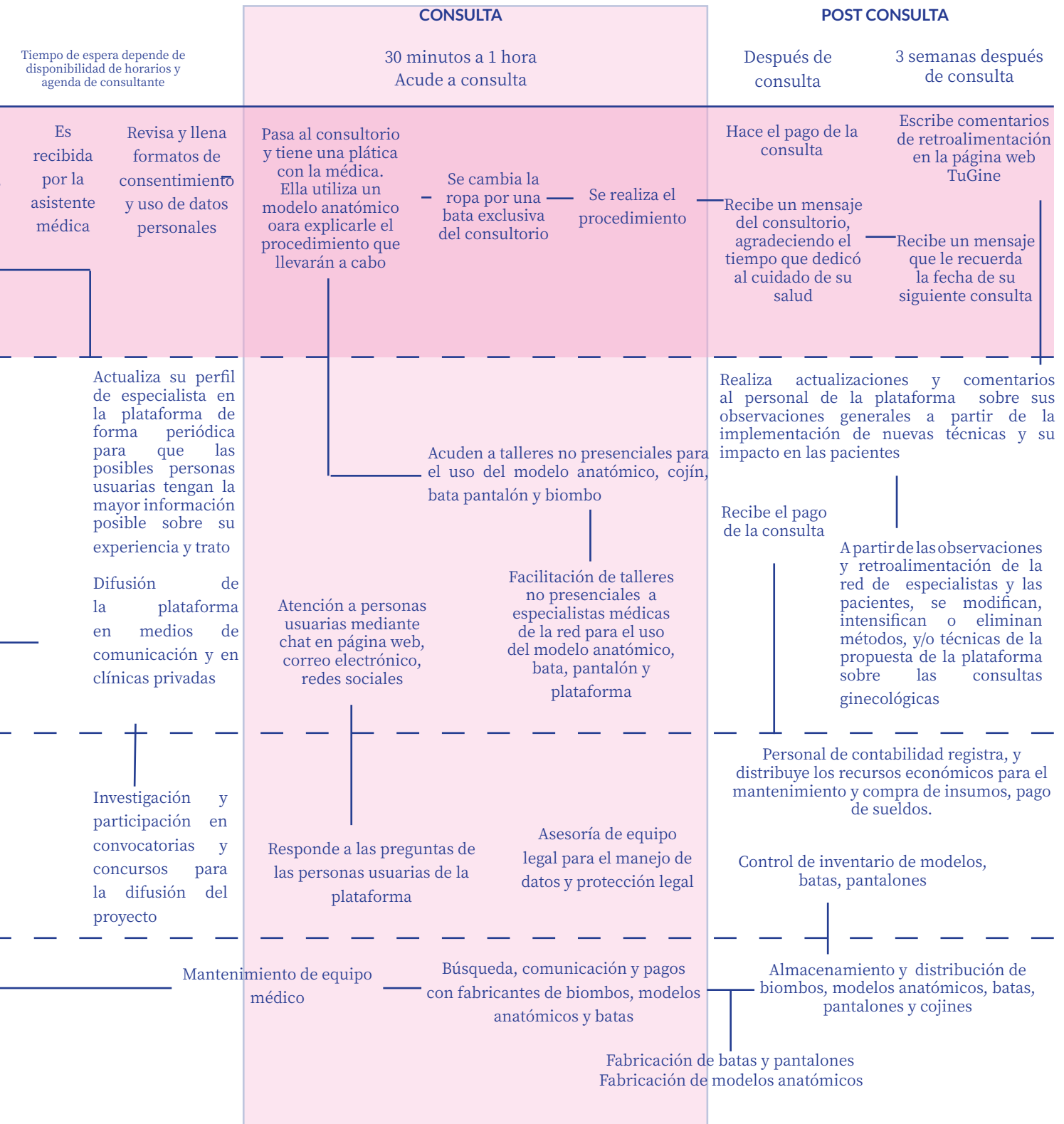
Actual: Anterior a la fecha de la cita subsecuente, la paciente recibe una llamada para confirmar la cita.

Propuesta: La paciente recibe un mensaje al terminar su cita, en el que se le agradece por el tiempo que dedicó al cuidado de su salud. Se le recuerda la fecha de la cita subsecuente unos días antes de la fecha acordada.

Blueprint/diagrama de interacciones, nuestrapropuesta

Como resultado de esta tesis, presentamos también un blueprint del servicio de atención ginecológica que proponemos:







Journey map/ mapa de experiencia, nuestra propuesta

Nuestra propuesta integral se puede mostrar en un nuevo journey map, que incorpora cada una de las propuestas que hemos presentado.



Llega la hora de su cita y pasa al consultorio donde la Dra. Olga la recibe y se presenta, al ya haber leído su historial y su aplicación en la página hablan un poco del objetivo de la consulta y le explica que al ser su primera consulta se necesita una revisión completa.

Acción	Pensamiento	Emoción
Hablar de sus expectativas, miedos y dudas.	Necesidad de ser clara y asertiva.	Expectativa y experiencia.



Ágnes se siente nerviosa pues nunca le han hecho una revisión manual, la doctora le explica la importancia de hacerlo y con ayuda del modelo anatómico didáctico VULVA le explica paso por paso qué va a pasar en la exploración externa e interna, los órganos que va a tocar y las sensaciones que podría experimentar en cada paso.

Acción	Pensamiento	Emoción
Toca y observa el modelo y hace preguntas.	Reflexión y un proceso de adaptación.	Uso de la experiencia.



La Dra. Olga le pide a Ágnes que pase a cambiarse la ropa por la bata para iniciar la revisión. Al entrar al cambiador, Ágnes se sorprende al ver la bata que le es proporcionada, ya que está hecha de una tela cálida.

Acción	Pensamiento	Emoción
Cambio de ropa por bata	Curiosidad y altas expectativas	Sorpresa y agrado.



Tras haberle explicado y asegurarse de que Ágnes entendió el proceso le pide su consentimiento y le recuerda que con cada nuevo procedimiento le seguirá preguntando si puede seguir y que ella tiene todo el derecho de parar.

Acción	Pensamiento	Emoción
Escucha atentamente.	Afirmación de que puede parar si lo desea y está bien.	Nerviosismo pero confianza.



La Dra. Olga le pide a Ágnes que suba a la mesa de exploración, Ágnes lo hace y se recuesta.

Acción	Pensamiento	Emoción
Se acuesta y se coloca en posición ginecológica.		Nerviosismo



Al ser una revisión completa, la Doctora inicia con una exploración mamaria. Descubre sólo la parte superior de la teta.

Acción **Pensamiento** **Emoción**

Desafía la parte superior de la teta.

Nerviosismo y esperanza de que todo vaya bien.



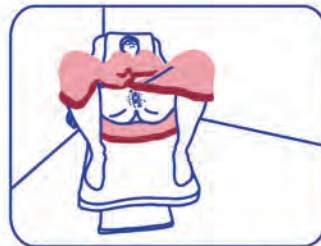
Al terminar la cubre y le avisa a Agnes de los movimientos y muestras que va a tomar y le informa cuando algo podría doler, también le pide su consentimiento para proceder y le recomienda ejercicios de respiración que podrían ayudarla a sentirse tranquila.

Acción **Pensamiento** **Emoción**

Escucha y se acomoda en la posición ginecológica.

Se concentra en intentar estar relajada y escuchar con atención.

Ansiedad.



Comienza el examen ginecológico, con base en las recomendaciones que hacemos la Dra. Olga no utiliza piñeras para separar y elevar las rodillas.

Acción **Pensamiento** **Emoción**

Separa las rodillas y acomoda su posición para que se pueda quedar levantada cómoda.

Agnes está abierta a las sensaciones que experimenta y está pendiente del trato de la doctora.

Nerviosismo y confianza.



La revisión termina y la Dra. le indica a Agnes que puede pasar a cambiarse.

Acción **Pensamiento** **Emoción**

Agnes se reincorpora y se cambia.

Previa esto se siente tranquila que es la doctora y como esto la ayudó a sentirse un poco más tranquila.

Alivio porque la revisión ya acaba.



Antes de irse en la recepción se le entrega una fotocopia de todos los documentos que firmó ese día incluyendo una de su historial médico.

Acción **Pensamiento** **Emoción**
 Recibe los documentos Al ser la primera vez que Agnes tiene acceso a su propio historial médico se propone llevar un registro de su salud ginecológica Sorpresa y agrado



La enfermera confirma que Agnes se siente bien, sin ninguna molestia o dolor y está en disposición de trasladarse sola, le sugiere que descanse y le recomienda algunas formas de transporte seguras.

Acción **Pensamiento** **Emoción**
 Breve plática con la enfermera del consultorio y recepción servicios de taxi para casa Reflexión de su estado y recuperación Alivio



Esa misma tarde le llega un mensaje por correo electrónico, agradeciéndole por dedicar tiempo al cuidado de su salud. Y días previos a su siguiente visita, se le envía un correo recordando los detalles de su próxima cita.

Acción **Pensamiento** **Emoción**
 Abre la notificación de correo y lee el contenido Agnes experimenta un sentido de amor, calmarismo y atención médica después de haber dejado el consultorio. Alivio y aliento



Algunos días después, Ágnes ingresa a tugine.com y realiza una breve retroalimentación sobre su experiencia en el consultorio.

Acción **Pensamiento** **Emoción**
 Abre la página de tugine desde su computadora Reflexión y comparación Tranquilidad



Agnes y la doctora tienen una plática sobre qué deberían de esperar de los resultados de las pruebas y a partir de estos y sus preferencias decidirán sobre el mejor método anticonceptivo para ella. Terminan la consulta con un plan claro de acción y acuerdan el día de su próxima cita.

Acción **Pensamiento** **Emoción**
 Conversación y planeación a futuro. Agnes entiende y tiene claro los pasos a seguir Claridad

Obtener el tipo de atención que quieres y necesitas

"TUGINE" herramienta de búsqueda en línea

El objetivo de esta plataforma es encontrar especialistas enfocadas en el padecimiento e intereses médicos de la paciente

Buscamos asegurar a las pacientes que al entrar a la plataforma, las especialistas tendrán un enfoque sensible que asegure respeto a las convicciones personales de las/les pacientes y las decisiones sobre su salud.

Mediante la plataforma se facilita la comunicación de temas o solicitudes sensibles antes de la consulta.

Secciones de la plataforma

- Página de inicio con sub menús
- Buscadora de ginecóloga por especialidad y ubicación
- Testimonios/ Experiencias
- Protección de datos
- Preguntas frecuentes
- Registro/Inicio de sesión
- Lista de precios recomendados
- Construyamos juntas (Cuestionarios para mejora del servicio)
- Perfiles de especialistas.

Nuestro principal propósito al diseñar esta plataforma es construir espacios seguros y cálidos ante una experiencia tan vulnerable como es la consulta ginecológica.

A través de cada sección de la plataforma buscamos generar lazos de confianza con las mujeres que buscan atención médica especializada.

Buscamos que las voces de las mujeres usuarias de esta plataforma, sean escuchadas, por lo que es de vital importancia que existan medios de retroalimentación, tanto de la experiencia con sus especialistas, como de la navegación por la plataforma.

Las secciones fundamentales de la plataforma de TUGINE son:

La buscadora. En la barra de búsqueda, las mujeres introducen el tipo de atención que quieren y necesitan.

Las etiquetas. Para especificar el tipo de atención que buscan

Los resultados. Que muestran en un listado las opciones que más se acercan a los criterios de búsqueda

tuginecóloga.com

Home / Inicio / Nosotros / Registro / Tus datos

¡Bienvenida a la comunidad ginecóloga!

¿Cualquier duda? ¿Dónde? Buscar

Podrás recibir ginecología especializada, con enfoque feminista

Nosotras

Somos una asociación de mujeres de la que eres una ginecóloga que está comprometida con la libertad emocional y física, que además cuida y atiende a las mujeres que buscan un apoyo y una comunidad. Y que a su vez las ayuda a crear un espacio seguro, práctico y especializado.

- Asesoría de expertas**
Para el momento en que trabajes con alguna de ellas, puedes contar con ellas. Mujeres y amigas.
- Comunicación con especialistas**
Nuestro espacio de comunicación con especialistas, te ayuda a tener un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.
- Retroalimentación constante**
Recibirás un apoyo constante de las mujeres que ya han pasado por lo que tú estás pasando. Así que puedes contar con ellas.

¿Por qué hablamos en femenino?

La ginecología es la rama de la medicina especializada en la salud de las mujeres y fundado desde la mayoría de las pacientes son mujeres. Aunque no todas se identifican así o si. El concepto lo elegimos así por que así nos.

Experiencias

Me gustaría ir a trabajar en un centro de salud, pero no sé cómo hacerlo. ¿Alguien me puede ayudar?

La ginecología es una profesión que me gusta mucho, pero me da miedo que no sea lo que quiero. ¿Alguien me puede ayudar a decidir si es lo que quiero?

¿Cómo puedo conseguir un trabajo de ginecóloga? ¿Alguien me puede ayudar a encontrar un trabajo de ginecóloga?

Construyamos juntas

Existen muchos espacios sobre el tipo de atención que buscamos las mujeres y personas con valores. Hacemos un pequeño quiz para saber las preferencias de nuestra comunidad y guiar a las especialistas a dar el servicio que todas esperamos.

Galería

Home / Inicio / Nosotros / Inicio

Instagram Facebook Twitter

Comunidad Ginecóloga

más sobre ti

Transición hormonal: Edad de Menopausia: Buscar

¿Cualquier duda? ¿Dónde? Buscar

más sobre tu ginecóloga ideal

¿Cualquier duda? ¿Dónde? Buscar

¿Buscas una ginecóloga que sea especialista en...?

Dr/a Olga Estrella Sánchez
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dr/a María José Rodríguez
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dr/a Ana María
Especialista en Ginecología y Obstetricia

¿Cómo funciona?

Buscamos formar una red de apoyo que podamos y que podamos proporcionar y compartirlo. Nos ofrecemos un primer consejo y orientación, y un apoyo emocional y práctico. Si tienes un problema que necesitas un espacio de confianza, formación y asesoramiento, también con la perspectiva de ofrecer el mejor servicio y atención, con un enfoque feminista.

Beneficios para las pacientes:

- Capacitación de la paciente:** Controlar los síntomas de menopausia y mejorar la calidad de vida.
- Seguridad:** El tratamiento que se ofrece es seguro y eficaz, y se ofrece un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.

Requerimientos para las especialistas:

Un nivel de atención: Un nivel de atención que sea seguro y eficaz, y se ofrece un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.

Beneficios para las Comunitarias:

- Independencia: Tener un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.
- Coste: Tener un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.
- Calidad: Tener un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.
- Seguridad: Tener un espacio seguro y práctico para compartir tus dudas y preocupaciones con ellas.

¿Cómo generamos recursos para funcionar?

Con la suscripción anual pagada por especialistas y comunitarias. Con ella reciben desde formación y mentoring, que optimizan sus habilidades y la calidad de sus consultas. Desde un espacio de apoyo y acompañamiento, un espacio físico, presencia en redes y material gráfico.

Metas:
El apoyo a la salud digital en el mundo femenino y como parte integral a una vida libre de violencia de las mujeres. Buscamos que más mujeres puedan acceder a un espacio seguro y práctico, que optimizan sus habilidades y la calidad de sus consultas. Desde un espacio de apoyo y acompañamiento, un espacio físico, presencia en redes y material gráfico.

Construyamos juntas

Existen muchos espacios sobre el tipo de atención que buscamos las mujeres y personas con valores. Hacemos un pequeño quiz para saber las preferencias de nuestra comunidad y guiar a las especialistas a dar el servicio que todas esperamos.

¿Cuál paleta de colores te gusta más?



¿Cuál patrón te gusta más?



¿Cuál iluminación te hace sentir más tranquila?



Si tienes la posibilidad de elegir, ¿qué prefieres para tratar dolores y nerviosismo leve: remedios naturales o medicamentos?



Esta página es el primer punto de contacto con el servicio de TUGINE y contiene:

CABECERA. Aquí se encuentran las pestañas de información sobre la plataforma. Estas pestañas incluyen: Nosotras, Galería, Testimonios, Regístrate e Inicio de sesión



BARRA DE BÚSQUEDA. Buscadora de médica por especialidad y por ubicación



CUERPO. En la sección de información sobre la plataforma hablamos sobre nuestros objetos y valores. Además de cómo funciona nuestro proyecto



tu ginecóloga.com

Encuentra a tu ginecóloga ideal

Red de atención ginecológica especializada, con enfoque feminista

Nosotras

Somos dos diseñadoras que notamos lo difícil que es encontrar a una ginecóloga que esté comprometida con tu bienestar emocional y físico, que además sea lo que buscas en algo tan íntimo como lo es la atención ginecológica. Es por eso que decidimos crear un **punto entre pacientes y especialistas**.



Asesoría de expertas

Para el desarrollo de esta plataforma contamos con apoyo de especialistas en DDH, Medicina y Derecho.



Comunicación con especialistas

Mantenemos líneas de contacto con todas las médicas registradas en nuestra plataforma, actualizando sus datos periódicamente para brindarte toda la información que necesitas al momento de elegir.



Retroalimentación constante

Buscamos que tu experiencia en consulta con las especialistas de la plataforma nos ayude a saber qué podríamos mejorar.

¿Por qué hablamos en femenino?

La ginecología es una de las ramas de la medicina donde la mayoría de las especialistas son mujeres y la gran mayoría de las pacientes se identifica como mujeres (aunque no todes ;)).

Así que la pregunta real es: **¿por qué no?**

Al entrar en la sección de especialistas, la persona usuaria puede conocer más acerca de la médica que ha elegido. Esto resulta importante al momento de tomar una decisión, ya que puede obtener información directamente de la médica.

Etiquetas con las características que las pacientes podrían buscar en su atención



Resultados de búsqueda



Perfil de la especialista, contiene nombre, especialidad, número de cédula, dirección, formato de consulta y costo



Etiquetas de intereses, especialidades, y valores de la especialista



Disponibilidad de horario



Ginecóloga especialista en:

¿Dónde?

Buscar



más sobre tí

Trastornos hormonales

Ciudad de México

Buscar

#estoy buscando embarazarme #querer #sensible al dolor #emocional #trans #histerectomía
#gastritis #lesbiana #No quiero hijos #perdida reciente #lactante #estudiante

más sobre tu ginecóloga ideal

#ginecologia natural #calida #especialista en ILE #mujer #DIU
#SOP #fertilidad #saludsexual #hombre #feminista

Estas son las especialistas que se ajustan a tus necesidades.



Dra. Olga Gómez Sanches

Especialista en salud sexual y anticonceptiva
INATSS

Calle 50 550, 2da Amp San Miguel, Iztapalapa, 09360
CDMX, Mexico

Disponible citas presenciales y en línea

Consulta \$300

#ILE #lubricante #canalización psicológica #saludsexual
#gineconatural

Hoy	Mañana	Jue	Vie
24 Nov	25 Nov	25 Nov	25 Nov
17:00	16:00	16:00	16:00
18:00	17:00	17:00	17:00
17:00	18:00	18:00	18:00

Mostrar más horarios >



Dra. Alma Robles

Especialista en salud anticonceptiva y sexóloga.

Av. Anil #100, Iztacalco, 09360
CDMX, Mexico

Disponible citas presenciales y en línea

Consulta \$500

#tridqueer #menteahierta #tridsexual
#anticoncepcion hormonal #saludreproductiva

Hoy	Mañana	Jue	Vie
24 Nov	25 Nov	25 Nov	25 Nov
17:00	16:00	16:00	16:00
18:00	17:00	17:00	17:00
17:00	18:00	18:00	18:00

Mostrar más horarios >

Breve descripción del funcionamiento del servicio



Información para las pacientes



Información para las especialistas/consultorios



Información para las especialistas/consultorios



Información sobre el funcionamiento de la
plataforma y nuestras metas



¿Cómo funciona?

Buscamos formar una red, así que contactamos y nos contactan ginecólogas y consultorios independientes, el proceso comienza cuando les compartimos la serie de requerimientos que deben cumplir para ser integradas en nuestro directorio de especialistas. Si estos requerimientos son cumplidos comenzamos un proceso de constante formación y retroalimentación, siempre con la perspectiva de ofrecer el mejor servicio y atención con perspectiva feminista.

Beneficios para las pacientes:

Canalización: te ayudamos a encontrar a quien necesitas, existen especialistas extraordinarias pero no todas son para ti.

Sensibilidad: Entendemos que la atención ginecológica puede tocar puntos muy sensibles para todas y nos queremos asegurar que ninguna paciente sufra situaciones como discriminación, acoso, juicios personales o falta de sensibilidad.

Requerimientos para las especialistas:

Un canal de atención: Frecuentemente cuando tenemos malas experiencias como pacientes no existe un espacio donde podamos expresar nuestras inconformidades u observaciones. **Aquí sí.** Tus inconformidades serán transmitidas de manera anónima a la especialista o consultorio y si estas continúan o de alguna manera violan nuestros estándares, en un ejercicio de completa claridad y ética expresaremos claramente a la especialista porque pierde su lugar en nuestra red.

Beneficios para los Consultorios:

Independencia: nuestro servicio se basa en asegurar el servicio de calidad para las pacientes, mientras cumplan con nuestros requerimientos basador en derechos humanos y perspectiva de cuidado feminista, las especialistas son libres de dirigir su consultorio con su propia identidad y valores.

- El personal debe de estar formado mayoritariamente por mujeres
- Debe de tener algún tipo de sensibilización (cursos, seminarios, lecturas, conferencias, etc.) que las prepare para manejar e identificar situaciones de violencia hacia sus pacientes
- Debe de tener algún tipo de sensibilización para comunicarse y atender a personas que se identifican como LGBTQ+
- Debe presentar un breve informe sobre sus prácticas de manejo de dolor en los diferentes procedimientos

¿Cómo generamos recursos para funcionar?

Con la suscripción anual pagada por especialistas y consultorios. Con ella reciben desde formación y manuales que optimizarán e incrementarán la calidad de sus consultas hasta consultoría de diseño respecto a su servicio interno, espacio físico, presencia en redes y material gráfico.

Metas:

El acceso a la salud digna es un derecho humano y como parte al acceso a una vida libre de violencia de las mujeres buscamos que más pacientes puedan acceder a servicios como los que recomendamos, así que en nuestro futuro buscamos crear un fondo que apoye a mujeres en situaciones de vulnerabilidad económica, social y de salud a acceder a consultas ginecológicas de calidad. Esto mediante programas como: *Dona una consulta* en la que pacientes, especialistas y nosotras como intermediarias trabajemos para expandir el acceso de más mujeres a la atención médica y cuidado de la salud.

Testimonios de mujeres y pv que han asistido a consulta a través de TUGINE



Liga para encuesta sobre preferencias de las mujeres



Liga para encuesta sobre preferencias de las mujeres



Galería con ligas a sitios web de interés



Pestañas de información, incluyen: Nosotras, FAQ, Testimonios y Privacidad



PIE. Redes Sociales de TUGINE



Experiencias

"Me atendió una doctora de mi edad y entendía de lo que le estaba hablando, generalmente las más jóvenes no entienden los síntomas de la menopausia"

"La ginecóloga ya tenía una idea de lo que buscaba y lo hizo mucho más fácil, otras veces me había dado pena o me sentía incómoda al explicar que no quiero tener hijos, no me juzgó, me dio lo que necesitaba y fue súper relajado."

Es la primer ginecóloga que conozco que sabe sobre salud sexual LGBT+
No había podido encontrar a alguna antes, la voy a recomendar a todas mis amigas."

Construyamos juntas

Existen muchos prejuicios sobre el tipo de atención que buscamos las mujeres y personas con vulva.

Hicimos un pequeño quiz para saber las preferencias de nuestra comunidad y guiar a las especialistas a dar el servicio que todas esperamos.

Take Quiz

Galería



[Nosotras](#) | [FAQ](#) | [Testimonios](#) | [Privacidad](#)



Ciudad de México
© Tuginecologa.com 2020

VULVA

Espacio donde consultamos las preferencias estéticas de las pacientes para actualizar la información



La información recabada en esta sección se utilizará para el mejoramiento y actualización de los requerimientos y recomendaciones que el equipo de TUGINE brinda a especialistas y consultorios

Espacio donde consultamos las preferencias generales de tratamiento de dolor de las pacientes



Construyamos juntas

Existen muchos prejuicios sobre el tipo de atención que buscamos las mujeres y personas con vulva. Hicimos un pequeño quiz para saber las preferencias de nuestra comunidad y guiar a las especialistas a dar el servicio que todas esperamos.

Comenzar

¿Cuál paleta de colores te gusta más?



¿Cuál patrón te gusta más?



¿Cuál iluminación te hace sentir más tranquila?



Si tienes la posibilidad de elegir, ¿qué prefieres para tratar dolores y nerviosismo leve, remedios naturales o medicamentos?



Finalizar

Diagrama de uso para desarrolladoras de TUGINE



Diagrama de uso para especialistas y consultorios

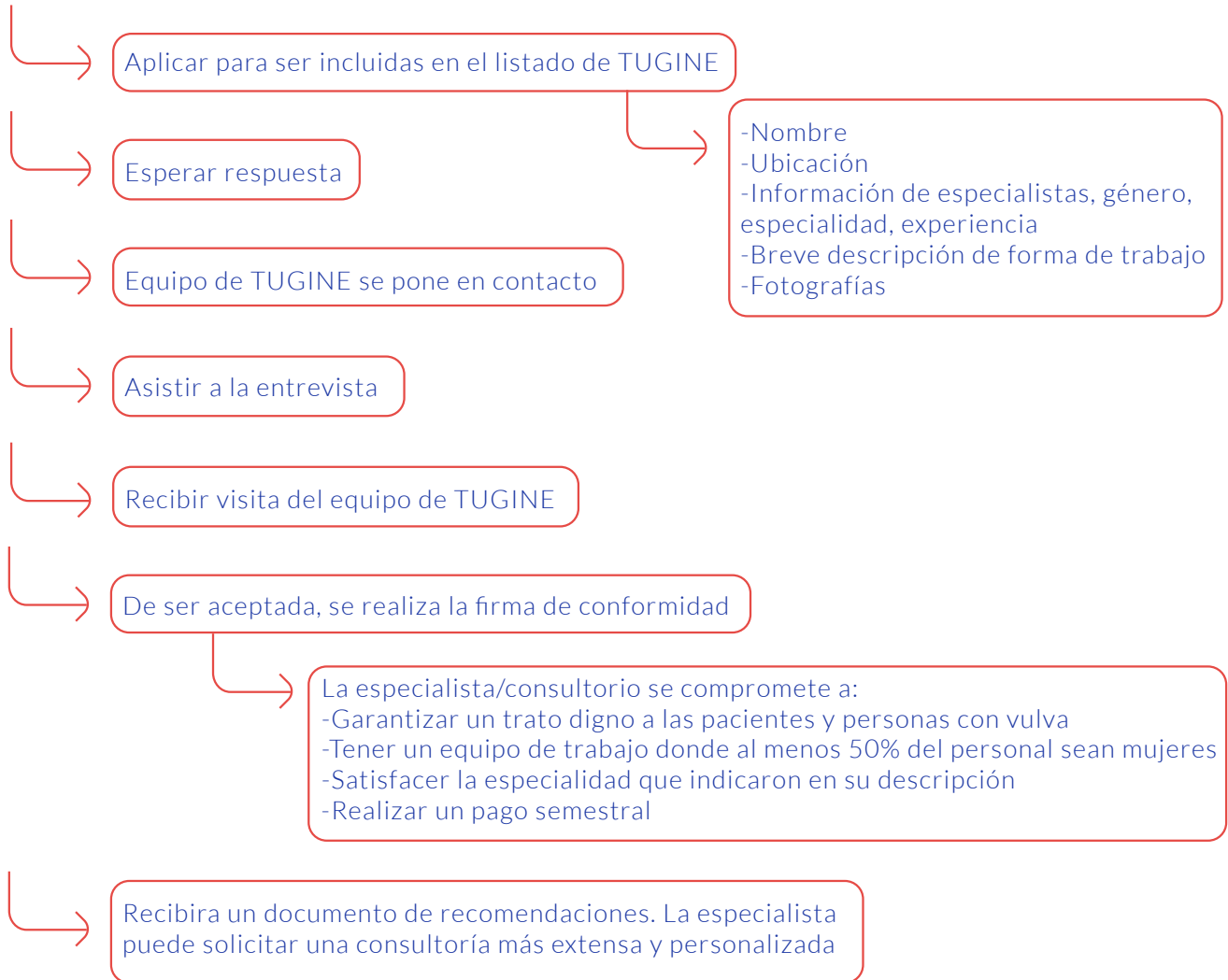


Diagrama de uso para pacientes



Entrar al sitio web

Seleccionar y utilizar el buscador

Ingresar dirección/zona de interés

Seleccionar especialidad. Se puede especificar el tipo de atención buscada con las etiquetas disponibles Ej. #saludsexual

Se despliega una lista de opciones. Las especialistas y consultorios con mejores calificaciones aparecen al inicio

En la lista se puede acceder a la información de contacto y ligas

La paciente agenda en el consultorio de su preferencia de acuerdo a los horarios disponibles

Puede crear una cuenta con un correo electrónico y guardar consultorios y especialistas

Además, la paciente puede explorar y leer el contenido compartido en la página. Ej. derechos de la paciente, artistas, recomendaciones, etc.

Interacción y propiedades de la interacción

La interacción se refiere a la relación entre las personas y los artefactos. Esta relación no depende de la completación de una tarea y es fundamentalmente diferente de la experiencia, reconociendo a la interacción como el medio por el que se vive la experiencia.

"El sentido del tacto, se ha identificado como el único que no se puede cerrar (...) al tocar siempre se es tocado. Por eso es capaz de activar la afectividad, pues alguien podría sentirse agredido o amado según quién o qué lo toque".
Ortíz Nicolás (2017)

Hacemos una de nuestras propuestas más significativas respecto al sentido del tacto con nuestra bata y pantalón. Respecto a los otros sentidos, realizamos las siguientes recomendaciones.

Aminorar la incomodidad a través de los sentidos

La vista es uno de los primeros sentidos con los que percibimos el mundo, por esto decidimos que este eje sea el primero en considerarse al entrar al consultorio.

Lo que la paciente observa desde que entra al espacio, es vital para que su experiencia inicie con sensaciones de bienestar y calma.

A partir de lo anterior, podemos hacer recomendaciones sobre el espacio, que influenciarán directamente la experiencia de las mujeres que acuden a consulta.

Nuestras recomendaciones espaciales son las siguientes

Recepción. La llegada al consultorio debe comunicar sensación de cuidado, calidez, protección, poder y conocimiento. Para esto, proponemos la **colocación de material gráfico** de temática feminista, además de pósters informativos sobre sus derechos como paciente.

Sala de consulta. En la sala de consultas, el material gráfico estará relacionado con información relacionada con los procedimientos, material destinado a las pacientes y a las especialistas.

Sala de exploración. En la sala de exploración, nuestro principal interés está en lo que la paciente desea observar, ya que esto depende de cada persona. Proponemos que la paciente cuente con la opción de observar lo que la médica observa en su pantalla al momento de realizar ultrasonidos, imágenes que pueden ser explicadas por la especialista.

Olfato. El olfato está relacionado con la memoria y puede desencadenar sensaciones positivas o negativas.

Lo que buscamos tomando en cuenta este aspecto es generar entornos que puedan remitir a sensaciones de tranquilidad y relajación para reducir la ansiedad que supone estar en un entorno médico.

Algunos aromas que desencadenan sensaciones que fomentan un estado de paz y calma son la lavanda y el limón. Aromas que pueden ser incorporados en los espacios de sala de consulta y sala de exploración, a través de un **difusor de aroma**.

Gusto. Al ingerir sustancias relajantes se puede mejorar la experiencia y evitar la sensación de estrés. Como lo mencionó la ginecóloga Olga Lilia, quien suele ofrecer una taza de té a sus pacientes mientras se encuentran en la sala de espera, nuestra propuesta es proporcionar a las pacientes **infusiones de té** que además de ser ingeridas, el aroma y temperatura proporcionan sensaciones de calma y relajación.

Según Pamela Ballesteros, mexicana experta en remedios ancestrales para el cuidado de la salud sexual, algunas de las infusiones relajantes recomendadas por ser suaves y relajantes son la manzanilla, la cúrcuma y el pericón.

Además, está el cacao, que no es una semilla relajante pero es recomendada porque estimula la producción de oxitocina, hormona que provee bienestar emocional.

Vista/Material gráfico

Propuesta de cartel y de un compilado de derechos que creemos esenciales para el cuidado ginecológico a los que denominamos:

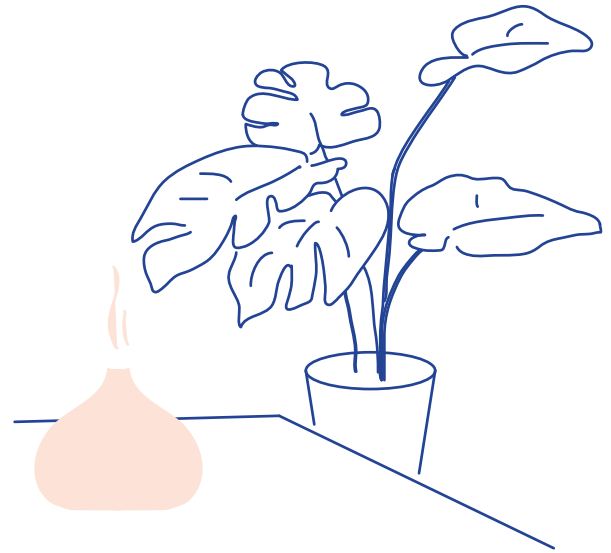
Derechos en la Atención Ginecológica. Los derechos enunciados en el cartel fueron tomados de la cartilla de derechos sexuales y del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Nos parece importante proponer intervenciones de color en techos, ya que es uno de los puntos focales del espacio al momento de la exploración.

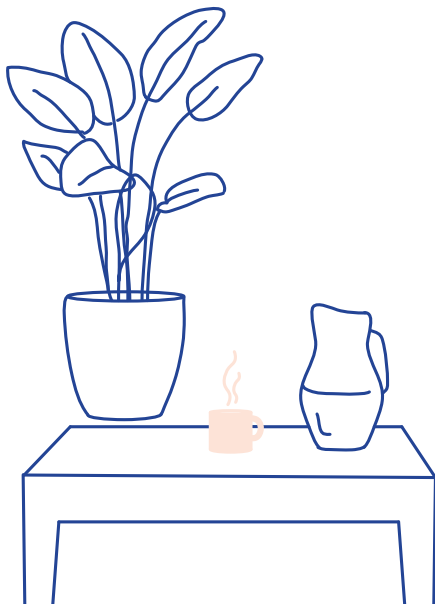
Redireccionar pensamientos: Algunas propuestas promueven el uso de pantallas o proyecciones en los techos de los consultorios para distraer a las pacientes mientras se realizan estos procedimientos. Si bien estas propuestas son bienintencionadas, encontramos que el elevado costo de aplicación dificulta su uso en gran parte de los consultorios mexicanos. Además, de llevarse a cabo, probablemente resultará en una consulta más costosa para la paciente, haciéndola poco realista para nuestro contexto actual.

Como alternativa proponemos material gráfico para redireccionar la atención de la paciente. (fig.67)

Estas palabras a pesar de no tener imágenes buscan proyectar escenarios, colores y evocar recuerdos para que las pacientes puedan concentrar sus pensamientos en algo diferente al proceso médico por el que están pasando. Intentamos con este material disminuir la ansiedad.



jardín pasto nubes agua azul
 verde paisaje libros historia
 playa lluvia arena brisa
 fotografía sol rocas cielo
 nieve camino árboles pino
 tierra flores luz agua dulce
 salado página letras cuento
 lila valle otoño hojas noche
 estrellas amanecer rojo mar
 amarillo rosa azul gotas cielo



tierra amiga mar montañas
 postre postal carta ave
 arcoíris árbol atardecer luna
 nube abrazo viento ola
 música té mandarinas rosa
 bailar película respirar soñar
 brillo suerte río caminar
 chismear corazón fresa
 mango bicicleta manzanilla
 tren chocolate siesta lago

Fig. 67 Autoría propia



DERECHOS DE LAS/LES PACIENTES EN LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

DERECHO A RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

Derecho a que la médica/o, la enfermera/o y personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor e intimidad.

DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

La paciente y (cuando exista) la responsable, tienen derecho a que la médica les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento además de expresarse siempre de forma respetuosa, clara y comprensible.

DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

Derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.

DERECHO A SER TRATADA CON CONFIDENCIALIDAD

La paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médica, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte.

DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y la persona. La paciente puede retirar su consentimiento en cualquier momento que se consolida en un documento.

DERECHO A CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO



La paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.



CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA


**EL
CONSENTIMIENTO
ES UN
PROCESO
CONTINUO**



**CONOCES TU
CUERPO MEJOR
QUE NADIE,
CONFÍO EN TI
PARA SABER
CUANDO ES
MOMENTO DE
PARAR Y DISCUTIR
ALGO, SI NO
ESTAS SEGURA,
LO RESOLVEREMOS
JUNTAS.**


**NO A LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA HACIA**
**MUJERES
INDÍGENAS,
CON DISCAPACIDAD,
EN RECLUSIÓN,
CON VIH,
MUJERES LBT+,
Y HOMBRES TRANS.**



**NUNCA FORZAR
A UNA MUJER
EN NOMBRE DE
LA ATENCIÓN
MÉDICA.
NUNCA.**


En página izquierda Fig. 68 Derechos de las/les pacientes. Página derecha Fig. 69-72. Autoría propia



**EL
CONSENTIMIENTO
ES UN
PROCESO
CONTINUO**

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

RPO Y LA EXPERIENCIA

Apropiación del cuerpo y la experiencia

Modelo anatómico

Decidimos proponer la integración de un modelo anatómico interactivo en el momento anterior al procedimiento, durante la plática introductoria entre la médica y la paciente.

Esto, con el fin de acercar a la paciente al conocimiento de sus propios órganos, apropiarse de la consulta y de lo que acontece en ella.

A partir de la primera ideación, desarrollamos nuestra propuesta hasta llegar a dos propuestas finales: un modelo en fieltro desarmable unido a través de imanes con cinturón y un modelo desarmable en silicón.



Izq: modelo actual Der: Nuestra propuesta

Los órganos que integran nuestro modelo anatómico (de izq. a der.) son:

Labios menores, labios mayores, ano, clítoris, vejiga, útero, ovarios, trompas uterinas, ligamento suspensorio del ovario, ligamento del útero, cérvix, vagina, recto



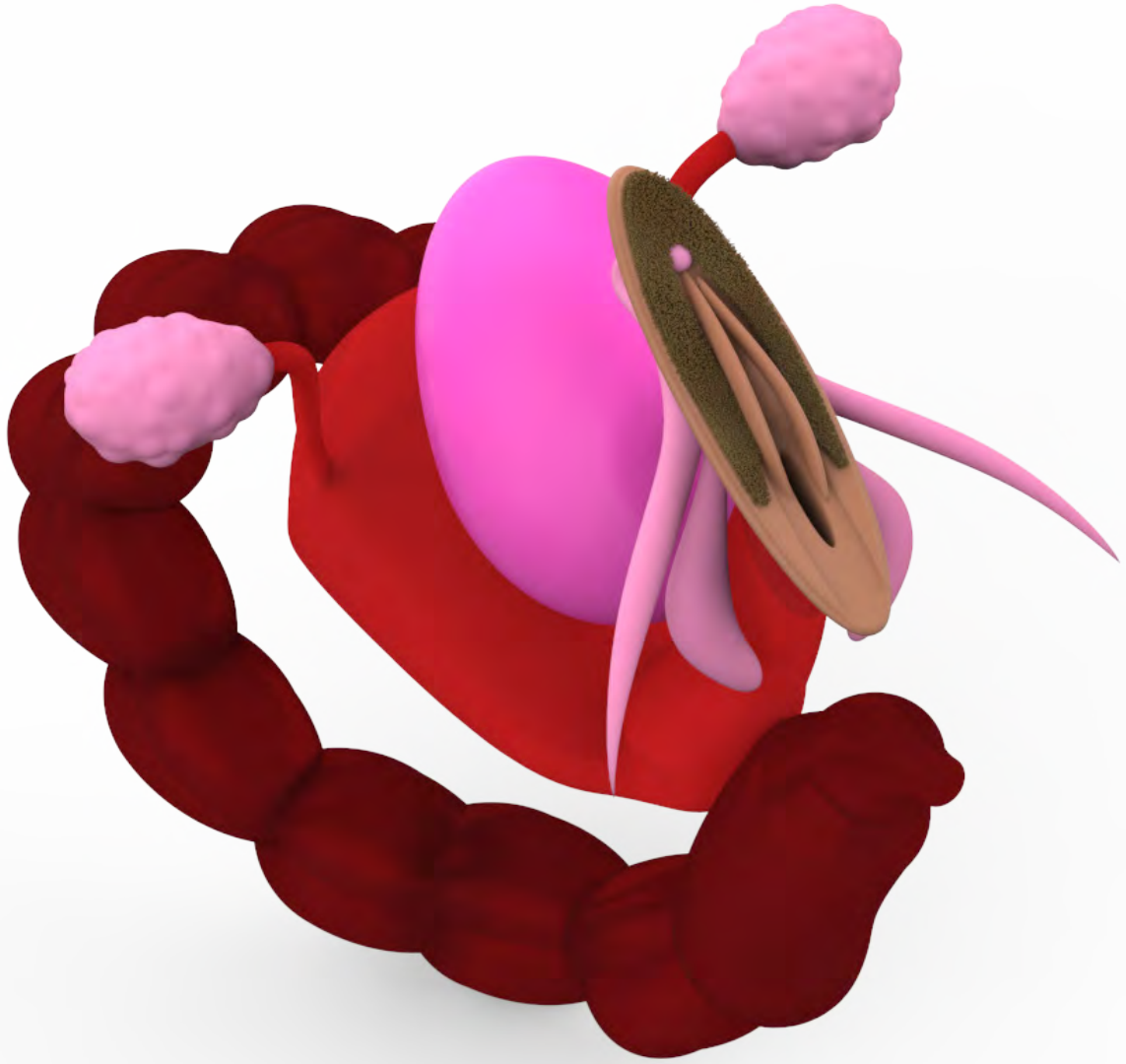


Modelo textil final con cinturón

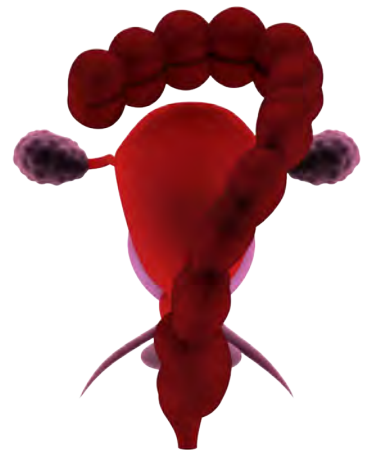
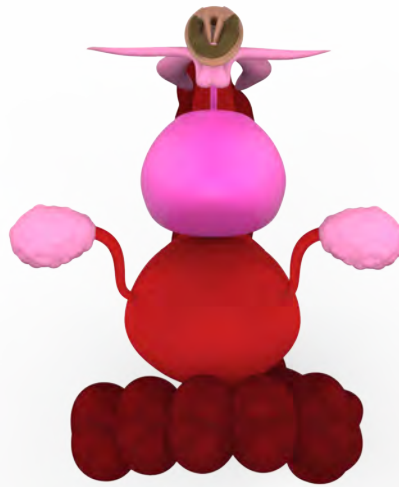
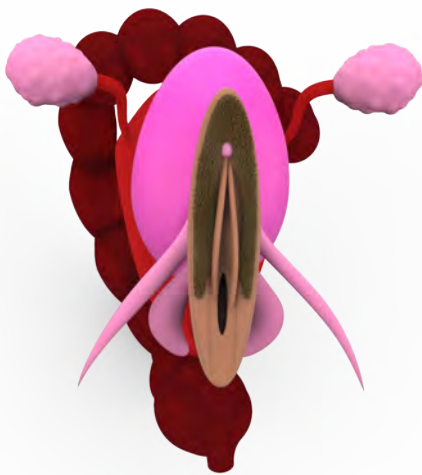




VULVA



Modelo en silicón

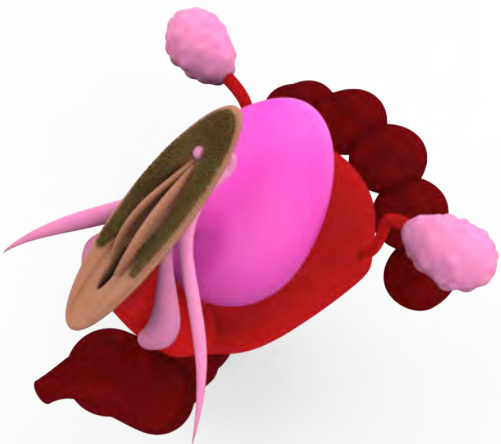




Modelo anatómico didáctico para el entendimiento de los órganos que integran el sistema sexual.

Con este modelo, la médica y la paciente pueden hablar sobre el procedimiento específico que sucederá en consulta. Así la paciente puede visualizar y anticipar las sensaciones que puede llegar a experimentar durante la revisión.

El modelo está fabricado en silicón y la unión de los órganos es mediante imanes encapsulados en cada pieza.



Tener el control sobre la exposición de tu cuerpo

Bata y pantalón para procedimientos médicos

Objetivos

Para ambas prendas, nuestro principal propósito fue transmitir sensaciones de seguridad y control.

A partir de estos principios desarrollamos el diseño resolviendo cuestiones de ergonomía, funcionalidad y estética. Todos estos aspectos fueron valorados y diseñados mediante contribución generativa, donde en cada iteración tomamos en cuenta las necesidades y gustos de las mujeres entrevistadas.

Bata: que permita exposición de los senos en caso de realizarse exámenes mamarios, mientras que la parte inferior del cuerpo permanece cubierta. Un pantalón que permita la exposición de la zona pélvica de la paciente, sin descubrir las piernas.

Pantalón: La actual dificultad del uso de un pantalón para la consulta ginecológica se debe a la barrera que representa para la exploración de los órganos. Al eliminar esta barrera mediante diseño textil, se hace viable el uso de un pantalón.

Con nuestra propuesta buscamos:

- Transmitir sensaciones de cuidado, empatía, y respeto
- Que el diseño de las prendas asegure la privacidad de las pacientes al no permitir aberturas o exposición involuntaria o accidental del cuerpo de las pacientes
- Que la paciente tenga control sobre la exposición de su cuerpo

Para cumplir estos objetivos:

- Se erradica el uso de la bata y se da la opción a la paciente de que acuda a consulta con una falda, vestido o bata propias
- Aquellas pacientes que no se sientan cómodas portando una falda o vestido, tendrán la posibilidad de utilizar la bata o el pantalón aquí propuestos (que existan opciones para elegir, refuerza el sentido en la consulta de que el control es de la paciente)

Materialización

Líneas fluidas y radios amplios en el diseño de ambas prendas. Proponemos el uso de algodón y la implementación de la misma paleta de colores cálidos y neutros que hemos presentado.

Como principal característica de esta propuesta, la parte superior frontal de la bata que cubre el pecho puede desabotonarse en los hombros para permitir realizar revisiones mamarias. Esto sin descubrir en su totalidad el cuerpo.

Para la elección de la paleta de colores, buscamos tonalidades que transmitieran calidez y cercanía, además de buscar tonos que pudieran ser alcanzados a través de pigmentos naturales.

Características necesarias del material textil:

Suave y placentero al tacto

Respirable

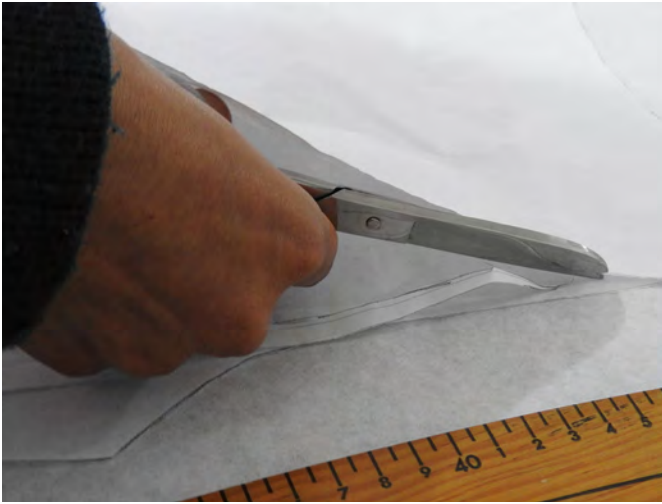
Sensación cálida

Textil opaco

Mayormente composición de fibras naturales



Maquetación y prototipado de propuestas finales



VULVA



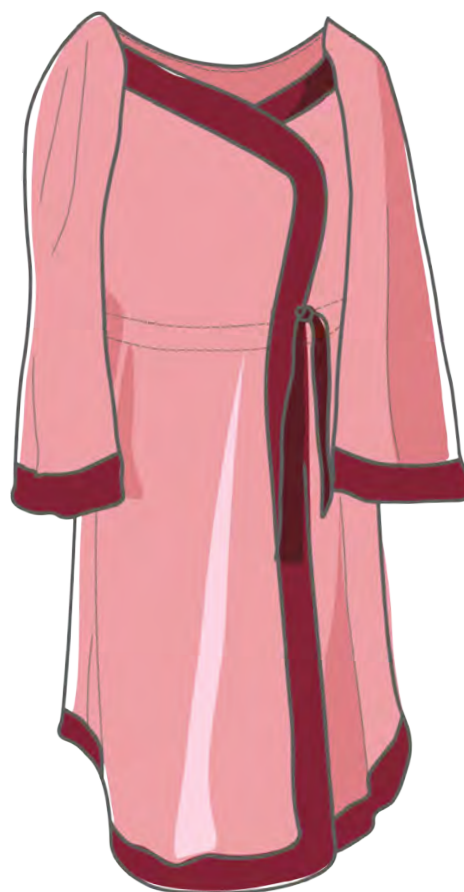
Para nuestra propuesta final de bata, decidimos optar por textiles con mayor contraste en textura y en color. En la bata, decidimos proponer uniones mecánicas con botones de presión de acero inoxidable.

En el caso del pantalón, decidimos continuar con el mismo patrón de nuestro segundo prototipo, en los mismos textiles de la bata.

Ficha técnica bata ginecológica

DEPARTAMENTO Confección
MODELO Bata 1
FECHA Octubre 2020
MATERIAL Tela: Algodón en color rosa y color cereza Hilos: Güterman #335 y #410
COMPOSICIÓN Tela: 80% algodón 20% poliéster Hilos: 100% poliéster
PROVEEDOR Tela: Iniciativa Textil México Hilos: Güterman
DESCRIPCIÓN DE LA PRENDA Bata lavable para paciente médica. Cinco piezas principales en tela color rosa y bias de 5 cm en tela color cereza. Mangas acampanadas con hombros unidos a sisa. Tira de amarre a la cintura.

MUESTRA DE TELA



Vistas

VISTA FRONTAL

- Broches de hombro ● ● ● ● ●
- Cuello/ Escote ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
- Parte superior/ Pecho ● ● ● ● ● ●
- Cinturón ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
- Parte inferior/ Falda ● ● ● ● ● ● ● ●



Detalle broches de hombro

VISTA POSTERIOR



Secuencia de uso de bata ginecológica



Para exploración mamaria se puede descubrir la parte superior separando los **broches de hombro**.



Al desabrochar ambos lados queda expuesta la **parte superior/ pecho** y el cinturón mantiene cubierta la **parte inferior**.



Con el pecho descubierto se puede realizar libremente la exploración mamaria.



Mientras se realiza la revisión el resto de la bata cubre el cuerpo de la paciente.



Al extender las **mangas** estas recrean la sensación de utilizar un **rebozo**.

La paciente se puede cubrir totalmente si desea hacerlo o si hay una pausa en la exploración.

Al finalizar la exploración mamaria, la paciente puede cubrir nuevamente la **parte superior** uniendos los **broches de hombro**.

Uso en procedimiento



Pecho descubierto mientras la paciente se encuentra recostada en mesa de exploración



La bata se asegura con el cinturón

VULVA



Pantalón ginecológico

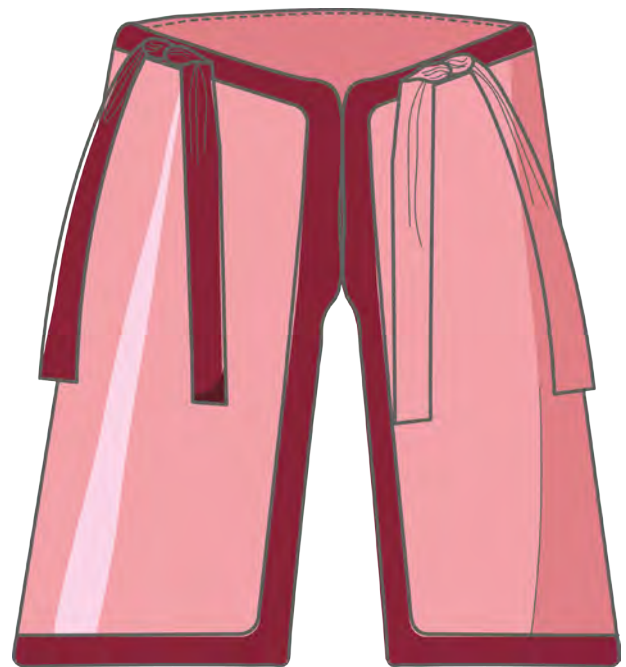
Para el cinturón de esta prenda, decidimos emplear los mismos dos colores que el resto de la prenda, esto para establecer un código de uso.

El objetivo principal de la prenda es brindar acceso a la zona pélvica SIN descubrir otras partes del cuerpo, como piernas y/o nalgas.

FICHA TÉCNICA PANTALÓN GINECOLÓGICO

DEPARTAMENTO Confección
MODELO Pantalón 1
FECHA Octubre 2020
MATERIAL Tela: Algodón en color rosa y color cereza Hilos: Güterman #335 y #410
COMPOSICIÓN Tela: 80% algodón 20% poliéster Hilos: 100% poliéster
PROVEEDOR Tela: Iniciativa Textil México Hilos: Güterman
DESCRIPCIÓN DE LA PRENDA Pantalón lavable para paciente médica. Una pieza principal en tela color rosa y bias de 5 cm en tela color cereza. Cuatro tiras de amarre a la cintura.

MUESTRA DE TELA



Vistas

VISTA FRONTAL

VISTA POSTERIOR

Cinturón derecho ● ● ●

Cinturón izquierdo ● ● ● ● ● ● ● ●

Piernas ● ● ● ● ● ●

Abertura frontal ● ● ● ● ● ●



Secuencia de uso de pantalón ginecológico



La paciente hace un nudo con el cinturón y su respectiva tira del mismo color.

Tira A con Tira D (color vino)

Tira B con Tira C (color rosa)

Pantalón ginecológico asegurado.

Uso en procedimiento



Al encontrarse recostada en la mesa de exploración, la abertura frontal es visible



La abertura frontal puede aumentar dependiendo de lo que desee la paciente y lo que se requiera en consulta



Exposición completa/ abertura máxima



Libertad de movimiento sin aperturas involuntarias



AMIGAS





TE CUIDO



ABRAZO





CALIDEZ



CONFIANZA





APOYO



TE
ACOMPAAÑO





CONCLUSIONES



Queremos ser muy claras al momento de presentar las propuestas de esta tesis, el objetivo último no es presentar uno o varios productos, ni profundizar en métodos de producción o planos, nuestro objetivo es presentar los resultados de la búsqueda de principios y cualidades de diseño feminista, que consideren los matices del contexto y que no reducimos a herramientas, tablas y mapas.

Enfrentarnos a datos, cifras y experiencias narradas por las mujeres que las vivieron fue difícil emocionalmente, llevar esta tesis al mismo tiempo que las noticias sobre mujeres desaparecidas inundan la realidad de vivir en México fue un agravante que nos llenó de frustración, miedo y reforzó nuestra intención de expresarnos. Es tremendamente desgastante ser mujer en México, enfrentarse todos los días al peligro y al miedo que permea todos los ámbitos de la vida diaria. Creemos que al diseñar y rediseñar podemos sembrar cambios, tenemos esperanza de que las diseñadoras podemos contribuir a cambiar el mundo para las mujeres y esto no podría tener otro punto de partida más que la perspectiva feminista.

Una de las principales barreras que encontramos es que el diseño feminista no es un tema abordado actualmente en las escuelas de diseño. Fue difícil encontrar personas con el conocimiento y la experiencia para guiarnos desde lo académico. Al ser el CIDI nuestra fuente inmediata de conocimiento, teorización y práctica del diseño fue natural buscar ahí guía en este tema. Al no ser una discusión prioritaria y al no encontrar una mentoría específica, decidimos buscar fuentes diversas para comenzar a moldear y tomar lo que, desde nuestro punto de vista, podríamos convertir en principios de diseño feminista.

La integración del diseño feminista a la enseñanza del diseño es inevitable y está en proceso de crecimiento, proceso del que orgullosamente nos sentimos parte. Conocemos la dificultad que representa generar conocimiento como el que nosotras buscamos, es por esto que consideramos esta tesis el inicio de nuestro proceso de construcción de criterio y de aprendizaje. Al ser nuestro primer acercamiento y nuestra primer aportación a la perspectiva de diseño feminista, reconocemos nuestras limitaciones tanto teóricas como prácticas.

Cuando exponemos nuestro trabajo y al leer nuestra tesis en espacios poco familiarizados con el tema, esta puede parecer llena de enojo y pudiera resultar “agresiva” para algunas personas. Nosotras por el contrario, creemos que dada la gravedad del tema merece mayor indignación, acciones radicales y mínimo merece que todas las personas estén enojadas. De igual forma, se ve al feminismo como un movimiento agresivo cuando es la única propuesta histórica que ha contrarrestado efectivamente la violencia contra las mujeres.

Además de los principios propuestos por investigadoras que retomamos a lo largo de nuestra investigación. Estos son los principios que construimos y que causaron mayor impacto en nuestro proceso. **Nuestros principios para diseñar con perspectiva feminista son también un resultado tangible del desarrollo de esta tesis** y les continuaremos desarrollando e implementado en nuestros próximos proyectos:

NUESTROS PRINCIPIOS PARA DISEÑAR CON PERSPECTIVA FEMINISTA NUESTROS PRINCIPIOS PARA DISEÑAR CON PERSPECTIVA FEMINISTA

Autogestión. Explorar un tema de forma autogestiva es un proceso muy diferente al aprendizaje escolarizado. No es lo mismo que cuando te dicen qué hacer. Requiere aceptar que el proceso autogestivo necesita más tiempo y es más desgastante pero por ser más integral es mucho más enriquecedor.

Nuestro proceso inició al decidir qué información y qué tipo de guía necesitábamos para poder direccionar nuestra tesis. Nosotras necesitábamos que nuestra guía nos diera libertad y no estandarizara nuestro proceso, conservando nuestra dirección y objetivos generales.

El proceso de materializar la teoría feminista a prácticas de diseño documentadas y conscientes en nuestro país es un proceso que apenas comienza, por eso la autogestión es indispensable. Además es necesario cuestionar la guía en espacios de enseñanza que consciente e inconscientemente perpetúan modelos patriarcales de trabajo y divulgación de conocimiento.

Dignidad y respeto. Cuando un proceso tiene dignidad y respeto como base, asegura la sostenibilidad a largo plazo del proyecto y de las soluciones que surjan. Cuando hablamos de respeto no sólo nos referimos al trato cotidiano sino al respeto como principio que permea toda toma de decisiones, que considera otras realidades y formas de vida.

En cada toma de decisiones, en el uso del lenguaje, los acercamientos a pacientes mujeres, nuestras propuestas, el respeto

a las personas con las que y para las que desarrollamos este proyecto, siempre teniendo como principal objetivo asegurar la dignidad en sus experiencias. *Siempre fuimos claras con el uso de la información que nos proporcionaban así como la causa de las preguntas al ser entrevistadas*

Conectar con mujeres de todos lados, edades, experiencias, estudios, escuchar a nuestras compañeras, reconocerlas y siempre nombrarlas.

Contextualización. Investigar y diseñar siempre considerando las estructuras de contexto económica, cultural, política, espacial, sistémica, temporal, situacional, social. No podemos transformar lo que no se visibiliza.

Lenguaje. El lenguaje construye el pensamiento, que a su vez genera el diseño. Lo que no se nombra no existe.

En todas las profesiones y específicamente en nuestro caso de estudio, pareciera que no existen mujeres (doctoras, investigadoras, médicas, enfermeras). Además, es normalizado ser nombradas bajo términos inferiores (señorita, muchacha, chica) a los papeles desempeñados por hombres.

En la actual enseñanza del diseño, se sigue viendo como “usuarios” a las personas, cosificándolas. Este factor resulta importantísimo, ya que desde este lenguaje se convierte a las personas (seres emocionales) en seres inertes y pasivos.

Ruptura de estandarización. Los conocimientos y procesos no académicos son válidos y valiosos y su integración al desarrollo de propuestas potencializa sus resultados.

Destrucción y construcción constante. De ideas, conceptos, sistemas, formas de organización, procesos, que perpetúan violencia y desventajas sistemáticas hacia las mujeres y grupos vulnerados históricamente.

Desarrollamos nuestro proceso de construcción de conocimiento a partir de la retroalimentación constante de cada propuesta. Incluso si esto significa iniciar de nuevo cuando la solución anterior no era pertinente.

Ej. Destrucción de paradigmas en la atención ginecológica que han moldeado y fortalecido las problemáticas actuales

Aceptar la complejidad. Tener presente que proyectos en los que el contexto abarca aspectos tan complejos como este, (sistema de salud nacional público y privado, violencia, y roles de género) no será posible resolver todos los problemas en su totalidad ni con soluciones universales y permanentes.

Investigación como prioridad. Ahondar en los procesos de investigación, de forma integral, ética y profunda que usualmente son descuidados y superficiales en el campo del diseño.

La ruptura de un sistema inflexible. Reconocer que las herramientas de diseño nos auxilian para procesar la información y para compartirla, pero son herramientas que no aseguran que un proyecto tenga conexión con las personas para las que diseñamos.

Pensar en las personas antes que en los objetos.

Resolver problemáticas antes de diseñar productos.-

Los resultados de nuestra investigación y desarrollo de propuestas concluyen que lo determinante para la experiencia de las pacientes en la atención médica ginecológica es el consentimiento informado y constante, la claridad en la comunicación y el conocimiento de lo que está sucediendo a lo largo de la consulta. Estos son los fundamentos a partir de los cuales se desarrolla el diseño y no deberían estar a merced de las decisiones de diseño.

Más allá de la complejidad esperada al decidir realizar una tesis, y dejando de lado los obstáculos de los que ya hemos hablado, encontramos en nuestro trabajo y en sus resultados, mucha satisfacción, felicidad y momentos entrañables.

Históricamente, la amistad y el amor entre mujeres no han sido fomentadas. Al contrario, se nos ha educado para ver a otras mujeres como competencia y cuando a través de estas relaciones se construye conocimiento este se minimiza. Nosotras buscamos que nuestra experiencia fuera completamente opuesta. Nuestra conexión nos abrió a nuevas experiencias, formas de percibir la realidad e interactuar con ella y a través de estas nos complementamos.

Al ser un tema que nos conecta, siempre partimos creyendo que la respuesta iba a ser positiva al pedir ayuda a mujeres y así fue. Con todas las mujeres que compartimos nuestro trabajo, en diversos espacios la reacción siempre fue de apoyo y entusiasmo, lo que nos sigue motivando tanto académica como personalmente. Por lo que les estamos infinitamente agradecidas.

Ha sido una gran experiencia personal y académica ver el potencial impacto que tiene repensar temas que suelen creerse inmutables.

ALEXIS

AIDEE

ELISA

ELENA

JIMENA

MADELINE

VANESSA

RENEE

TERESA

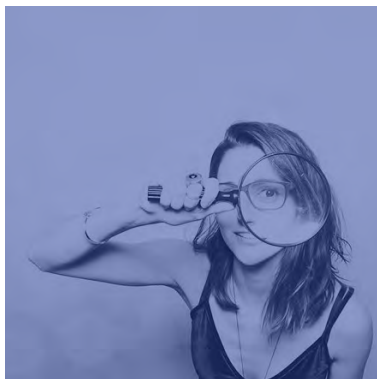
OLGA

PAMELA

EXPERTAS

Mujeres, investigadoras, maestras, profesionistas que nos compartieron tiempo, talento, conocimientos y experiencias personales.

A todas, ¡gracias!



<http://www.alexishope.com/about>

ALEXIS HOPE

Artista, diseñadora e investigadora del MIT Media Lab en el grupo de investigación *Lifelong Kindergarten*. Se desempeña como directora de diseño del proyecto "Make the Breast Pump Not Suck", así como directora creativa de TEN FWD, un estudio de diseño centrado en la creación de experiencias y objetos divertidos y experimentales. Actualmente está terminando su doctorado en el MIT Media Lab, explorando la innovación comunitaria y el diseño participativo. www.alexishope.com @alexis_hope



proporcionada por Stephanie

AIDEÉ STEPHANIE JIMÉNEZ ÁVILA

Internacionalista con estudios de Gestión para la Reducción de Riesgos de Desastres, Universidad de Chile. Maestría en Manejo de Emergencias y Desastres, Universidad de Georgetown. Interesada en la protección de las personas y sus comunidades a tener menos daños y más preparación ante el riesgo de desastre. @lajimenezmx



proporcionada por Elisa

ELISA AQUINO VENTURA

La Dra. Elisa Ventura Aquino es Médica Cirujana por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Maestría Médica Cirujana y Doctora en Ciencias con especialidad en Neurofarmacología y terapéutica experimental por el CINVESTAV. Realizó la especialidad en sexología educativa, por el Instituto Mexicano de Sexología A.C. (IMESEX). También realizó dos estancias posdoctorales en Instituto de Neurobiología, UNAM y en la Universidad de Rutgers en Nueva Jersey. Ha sido becaria en cursos internacionales como el *Latin American Training Program* en Querétaro, México (2014) y la *School of Sexual Medicine* de la *European Society of Sexual Medicine*, en Budapest Hungría (2018). En el 2019, recibió el Reconocimiento a la excelencia en investigación "Juan Álvarez-Gayou" otorgado por el IMESEX.

Ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales en el área de las neurociencias y de la sexualidad. Ha impartido talleres dirigidos al público en general, así como actividades de divulgación y educación de la sexualidad. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Actualmente, sus investigaciones se enfocan al estudio de la sexualidad y en el área de órtesis y prótesis, carrera de la cual es profesora de tiempo completo, en la ENES-Juriquilla.



proporcionada por Elena

ELENA GONZÁLEZ CONTRERAS

Pasante de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, actualmente pasante en un hospital en la CDMX.

Activista feminista por una revolución de los cuidados porque para cambiar al mundo hay que aprender a cuidar, cuidarnos y cuidarles.



<http://www.jimenaacosta.com>

JIMENA ACOSTA

Maestría en Estudios Curatoriales del Centro de Estudios Curatoriales de Bard College, Nueva York. Curadora invitada del Abierto Mexicano de Diseño, 2020, "Diseño y Utopía" Curadora de la exposición *I Will What I Want: Women, Design, and Empowerment*, co-curada con Michelle Millar Fisher. www.jimenaacosta.com @jimenaacosta.mx



<https://www.researchgate.net/profile/Madeline-Balaam>

MADELINE BALAAM

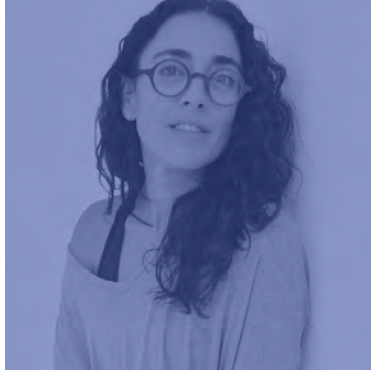
Profesora asociada en diseño de interacción en *KTH Royal Institute of Technology*, Estocolmo, Suecia
 Trabaja temas sobre:
 Interacción persona-computadora feminista
 Salud digital de la mujer
 Diseño de interacción
 Extremadamente interesada en las posibilidades de revolucionar la salud de la mujer y la salud pública.
 @MadelineBalaam



https://www.researchgate.net/profile/Vanessa_Sattele

VANESSA SATTELE

Diseñadora industrial egresada del CIDI UNAM, con maestría en *Diseño Avanzado de Producto* en *Umea Institute of Design*, Suecia. Fue Coordinadora de Investigación y Vinculación del CIDI de 2015-2018. Se especializó en diseño médico y sus áreas de interés son el diseño centrado en el usuario, diseño de interacción y diseño de sistemas de productos y servicios.
www.vanessasattele.com



http://cidi-unam.com.mx/cidi_nw/renee_harari/

RENEE HARARI

Maestría en Arte, Arquitectura y Espacio Efímero por la Universidad Politécnica de Catalunya. Se ha desempeñado en el área de las ciencias humanas al servicio del diseño, y primordialmente como investigadora en antropología y filosofía.
www.reneehararimasri.com



https://www.researchgate.net/profile/Teresa_Almeida8

TERESA ALMEIDA

Profesora asociada de informática en la Universidad de Umeå, Suecia
 Doctora en Interacción persona-computadora / Diseño de interacción, enfocando su investigación en tecnologías de diseño para el cuidado íntimo de la mujer.

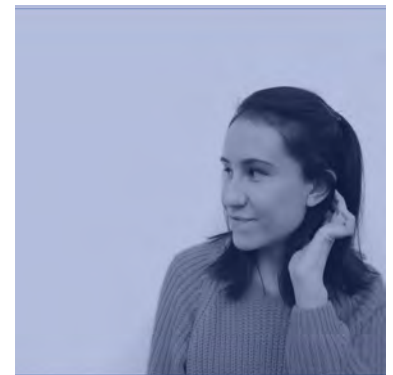
Investigadora postdoctoral, *KTH Royal Institute of Technology*, Estocolmo, Suecia, 2018. Investigación autodirigida, basada en el Departamento de Tecnología de Medios y Diseño de Interacción (MID).
www.banhomaria.net



proporcionada por Olga

OLGA LILIA SANCHEZ

Médica comunitaria y coordinadora del proyecto INATSS Información y Atención en Salud Sexual.



proporcionada por Pamela

PAMELA BALLESTEROS

Creadora de *Matricaria*, espacio que promueve el autocuidado cíclico desde la herbolaria y medicina tradicional, a través de talleres, encuentros, temazcales y apoyos herbolarios para mujeres. Distribuidora también de alternativas de autogestión menstrual y parte de la colectiva #MenstruaciónDignaMéxico.

Su acercamiento a la salud autogestiva herbolaria ha sido a partir del aprendizaje con abuelas yerberas de tradición. Teniendo la oportunidad de compartir talleres en distintos espacios de la Ciudad de México, Cuernavaca Morelos y Edo. de México. Recientemente certificada como tallerista por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).
 @apoteosis_
 @circulo.matricaria

REFERENCIAS

Introducción

Oak, J. (2013). A 15,000 year old bone and the Fall 2013 issue of Reflections. Yale Divinity School. Recuperado el 7 de Mayo de 2020, de <https://divinity.yale.edu/news/15000-year-old-bone-and-fall-2013-issue-reflections>

00 Adentrarnos

AFN Agencia Fronteriza de Noticias (2013). Un médico salvavidas muy visitado. Recuperado 26 junio 2018, de http://www.afntijuana.info/informacion_general/16574_un_medico_salvavidas_muy_visitado

Argüello, Y. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2015). Cáncer de la Mujer. Recuperado 5 marzo, 2019, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248801/CancerdelaMujer.pdf>

(2015). Cáncer de la Mujer. Recuperado 5 marzo, 2019, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248801/CancerdelaMujer.pdf>

Fernández S, Rizo-Amézquita, J. N., Dirección General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.. (2018, 13 febrero). La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. Recuperado 5 marzo, 2019, de www.mediagraphic.org.mx

Kate, C., Nimmi, G., & Rafia, Z. (2017). Emissaries of Empowerment [PDF] (1ra ed., p.11). Nueva York: The City College of New York. Recuperado de <http://www.deviarchy.com/wp/wp-content/uploads/2017/09/EMISSARIES-OF-EMPOWERMENT-2017.pdf>

Meloni González, C. (2020). Indias, putas y lesbianas: María Galindo y la desobediencia feminista. Retrieved 19 June 2020, from <https://www.elsaltodiario.com/el-rumor-de-las-multitudes/prueba-marzo>

UN. Report of the Fourth World Conference on Women (1995). Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>

1.0 Ginecología

Association of American Medical Colleges. (2018). Active Physicians by Sex and Specialty, 2017. 16 de mayo 2020, de Association of American Medical Colleges. Consultado en Sitio web:<https://www.aamc.org/data-reports/workforce/interactive-data/active-physicians-sex-and-specialty-2017>

Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Ventura-Alfaro CE. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2014 y 2015 y evolutivo 2003-2015. [PDF] (1ra edición., pp. 23-28) Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX)/Secretaría de Salud (MX), 2017.

ISBN 978-607-460-570-9

Consejo Nacional de Población. México (2014) Programa Nacional de Población Capítulo 3: Objetivos, estrategias y líneas de acción | Consejo Nacional de Población CONAPO. Recuperado 22 mayo, 2019, de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_3-Objetivos_estrategias_y_lineas_de_accion

Diccionario del español de México (2020). Recuperado 26 April 2019, from <https://dem.colmex.mx/Ver/ginecolog%c3%ada>

Cortés, F. (2015). De gynaikēia a gynaecologia [PDF] (1ra edición., p. 248). Panace@. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43706778/ginecologia.pdf?1457945340=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDe_gynaikēia_a_gynaecologia.pdf&Expires=1593308236&Signature=V-or7BIGaqDSF3LHbCiFo8Z0rQ~aPK-EXywOcQl0m--HpuKnIS4H7QqGSywwIKtod18AVP00BWibVYHGierl9IMuAfp-0WOZAZSpaGUKQXQTgEyWXjxtXsstM9T6EFwFj9FkGTzg7p8k0SsuPcFQkEkiHx3x7nkWwyZAqT7g2lUZH5zYBiOgXxCaGs~zirbr2ijH9gp1l1SBNsF-jWWg4UTt5Cuu tEisYqojEAOXjITvIGhkqKYg9t5K84x38j75GWgC1friLilNrBUq5ceLrrLYTpHnDkdkLie6K1tXCnrndYISLDCcJv0awh6B5NN YRSv-vs2phDNqxQSSGgQmQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

De la Sierra, M. (2011) Mujer y medicina en la antigüedad clásica: la figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental. [PDF] (1ra edición., p. 47, 50) Consultado el 20 de noviembre en <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/FRONTEIRAS/article/view/1600/957>

Dølvik Nina Støkken Dahl. "The Virginity Fraud." TED. (2017)

Enright, L. (2019). Vagina a re-education (1ra edición, pp. 62,63). Londres: Allen & Unwin.

Fayanas E. (2014) Agnódice, La Ginecóloga Rebelde. Consultado el 20 de noviembre de 2019 en Agnódice, la ginecóloga rebelde (publico.es)

Fernández de Ramón, J. (2020). El conocimiento del cuerpo y sus cuidados en la civilización egipcia [PDF] (1ra ed., pp. 7, 22, 29). Madrid: Universidad Complutense Madrid. Recuperado de https://eprints.ucm.es/55075/1/FERNANDEZ_DERAMON_J_

TFG.pdf

Ferrer, S (2018). La primera ginecóloga, Trótula de Salerno (1110 - 1160). Consultado el 17 octubre, 2019, de <https://www.mujeresenlahistoria.com/2011/07/la-primera-ginecologa-trotula-de.html>

Foldes, P., y Buisson, O. (2009). The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study [PDF] (1ra edición., pp. 1225, 1226). Saint-Germain-en-Laye, France: Centre hospitalier intercommunal de Saint-Germain-en-Laye—Urology Department. Recuperado el 10 de diciembre de 2019 de <http://www.viveve.com.sg/wp-content/uploads/2015/08/foldes-clitoral-complex.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF). Recuperado el 28 de mayo de 2020 de <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf#Por-qu%C3%A9-se-practica>

Gerhard, Olmedo, Bazán, Bernard y Guízar. (2017). Los médicos especialistas en México. Consultado el 22 agosto 2019, de Gaceta Médica de México Sitio web: https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf

González, A. (2015) Agnódice, de la Rebeldía política a la lucha por la Ginecología del Siglo IV a.C. [PDF] (1ra edición., p.20) Consultado el 20 de noviembre 2019 en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5339217.pdf>

Gregory T, Markos S. (2016) Aspasia and Cleopatra Metrodora, Two majestic Female Physician Surgeons in the Early Byzantine Era. Consultado el 20 de noviembre de 2019 en <http://www.jusurgery.com/universalsurgery/aspasia-and-cleopatra-metrodora-twomajestic-female-physician--surgeons-in-theearly-byzantine-era.php?aid=11083>

Griffith WF, Stuart GS, Gluck KL, Heartwell SF. (2005) “Vaginal speculum lubrication and its effects on cervical cytology and microbiology”. [PDF] (1ra edición., pp.63). Consultado el 10 de septiembre en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964294/>

DOI: 10.1016/j.contraception.2005.01.004

Hegazy, Abdelmonem & Al-Rukban, Mohammed. (2012). Hymen: Facts and conceptions. *heHealth*. 3. 109-115. Recuperado el 26 de agosto de 2019 de https://www.researchgate.net/publication/260578888_Hymen_Facts_and_conceptions

Holland, J. *Moody bitches* (p. 30-32, 226). Nueva York: Penguin Random House. ISBN 978-1-59420-580-4

Instituto Nacional de Estadística y Población. Población. Esperanza de vida. (s/f). Recuperado 12 de mayo 2019, de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/pxweb/es/Mortalidad-/Mortalidad_09.px/table/tableViewLayout2/?rxid=75ada3fe-1e52-41b3-bf27-4cda26e957a7

Instituto Nacional de Estadística y Población. Población. (2020) Recuperado el 19 de marzo de 2020 de <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

Kipp, J. (2003). *Romanticism, Maternity, and the Body Politic* (1st ed., pp. 49,50). Cambridge: Cambridge University Press.

Knöfel Magnusson, A. (2009). Vaginal corona Myths surrounding virginity – your questions answered [PDF] (1ra edición., pp. 5-15). RFSU. Retrieved from <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/vaginal-corona-english.pdf> ISBN 978-91-85188-43-7

López, M. (2006) La transmisión a la Edad Media de la ciencia médica clásica.[PDF] (1ra edición., p. 907) Consultado el 20 de noviembre en http://interclassica.um.es/index.php/interclassica/investigacion/hemeroteca/a/antiguedad_y_cristianismo/numero_23_2006/la_transmision_a_la_edad_media_de_la_ciencia_medica_clasica

Morin, E. (1999). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Recuperado 5 marzo, 2019, de <http://www.ideassonline.org/public/pdf/LosSieteSaberesNecesariosParaLaEdudelFuturo.pdf>

O'Connell, H., Hutson, J., Anderson, C., y Plenter, R. (1998). ANATOMICAL RELATIONSHIP BETWEEN URETHRA AND CLITORIS [PDF] (1ra edición., p. 1892). Estados Unidos: American Urological Association, Inc. Recuperado de <https://www.auajournals.org/doi/10.1016/S0022-5347%2801%2963188-4>

ONU MUJERES México. Presupuestos públicos con perspectiva de género (s/f) Recuperado el 18 de mayo de 2019 de <https://mexico.unwomen.org/es/nuestro-trabajo/presupuestos-publicos-con-perspectiva-de-genero#notas>

Organización Mundial de la Salud. Salud sexual. (s/f) Recuperado el 15 de mayo de 2020 de https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Mundial de la Salud Cáncer de mama. Prevención y control. (s/f) Recuperado el 20 de mayo de 2019 de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Peck, J. (2019). “Getting an IUD Doesn’t Have to Hurt Like Hell”. Recuperado 21 mayo, 2019, de <https://elemental.medium.com/getting-an-iud-doesnt-have-to-hurt-like-hell-6c45d6089d33?gi=99eadcecac4e>

Pérez San Martín, P. (2015). Manual Introductorio a la Ginecología Natural (3ra ed., p. 37). Santiago de Chile: Ginecosofía Ediciones.

Planned Parenthood. Anatomía Sexual Femenina | Vulva, Vagina y Mamas. (s/f). Recuperado el 10 de diciembre de

- 2019, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/anatomia-sexual-y-reproductiva/cuales-son-las-partes-de-la-anatomia-sexual-femenina>
- Planned Parenthood ¿De qué se trata un Examen Pélvico? (s.f.). Recuperado 15 de marzo 2019, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/control-ginecologico/que-es-un-examen-pelvico>
- Planned Parenthood Federation of America Inc. Virus del papiloma humano (VPH) | Exámenes y tratamiento. (s/f). Recuperado el 20 de mayo de 2019, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph>
- Romero, R. (2018). Aportes al conocimiento anatómico realizados por la Escuela de Medicina de Alejandría. pp 522 . Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327895722_Aportes_al_conocimiento_anatomico_realizados_por_la_Escuela_de_Medicina_de_Alejandria/citation/download
- Search Online Etymology Dictionary. (s/f) vulva. Recuperado el 2 de diciembre de 2019, de <https://www.etymonline.com/search?q=vulva>
- Secretaría de Salud. Cáncer de mama. (s/f) Recuperado el 20 de mayo de 2019 de <https://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/cancer-de-mama>
- Secretaría de Salud. Dirección General de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. (2006). Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical. Ciudad de México, México Secretaría de Salud.
- Smith, D. (2019). The Self-Care Paradox. Recuperado el 1 de junio de 2019, de <https://elemental.medium.com/the-self-care-paradox-1480eaf72977>
- Soumya, K. (2018). Male doctors are disappearing from gynecology. Not everybody is thrilled about it. Consultado el 23 agosto 2019, de Los Angeles Times Sitio web: <https://www.latimes.com/nation/ct-male-gynecologists-disappearing-20180307-htmlstory.htm>
- Stevenson, Angus (2010) Oxford Dictionary of English, Oxford University Press. P. 1962 ISBN 01995771120
- UNFPA. Salud sexual y reproductiva. Recuperado el 12 mayo 2020, de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- Varela, S. (2005) Citología cervical. [PDF] (1ra edición., pp. 131) Honduras. Revista Médica de Honduras Vol. 73. Recuperado el 20 de marzo de 2019 de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

2.0 Violencia

- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, documento núm. 14495 (2018); reunión sobre violencia obstétrica y ginecológica. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24491>
- Asociación Mujeres para la Salud (2017) Encuesta los servicios de ginecología que deseamos las mujeres (edición, pp.6-28) España. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <https://www.mujeresparalasalud.org/como-percibimos-las-mujeres-los-servicios-de-ginecologia/>
- Devandas, C. (2017) La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Naciones Unidas. Asamblea General. Recuperado el 10 de junio de <https://undocs.org/sp/A/72/133>
- Eme, A. (2019). Su cuerpo dejarán (1ra edición., p. 30). Ciudad de México: Enjambre Literario/El Periódico de las Señoras.
- Fernández-Cantón Sonia Beatríz, Rizo-Amézquita, J. N., Dirección General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.. (2018, 13 febrero). La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. Recuperado 5 marzo, 2019, de www.mediagraphic.org.mx
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017) (1era edición, PDF) pp. 108 <https://mexico.unfpa.org/es/publications/estudio-diagn%C3%B3stico-sobre-la-violencia-sexual-contras-las-mujeres-en-el-estado-de-san>
- Galaviz de Anda J. M., Maza O. y Prado C. A. (2015) La oculta violencia de la clínica ginecológica (1era edición, pp.56-64) México. Recuperado el 30 de junio de 2019 de <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/851>
- GIRE. Informe GIRE 2015. (s/f). Recuperado el 9 de julio de 2019, de <http://informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso>
- GIRE (2015).Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México [PDF] (pp. 119-121, 133) Recuperado el 9 de julio de 2019, de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>
- Gohmann, Johanna. (2015, 26 junio). The Secret History of the Speculum. Recuperado 22 agosto, 2019, de <https://bust.com/sex/14327-the-secret-history-of-the-speculum-14327.html>
- Higgings, L., s/f. Cronología De La Historia De La Anestesia. [online] [anestesia.com.mx](http://www.anestesia.com.mx). Recuperado el 20 de agosto de 2019 de: <https://www.anestesia.com.mx/histor2.html>
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) “En Números. Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México” [PDF] (pp. 11-13). Recuperado el 10 de junio de 2020 de <http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/>

Rueda Castro, L., Gubert, I., Duro, E., Cudeiro, P., Sotomayor, M., y Benites, E. et al. (2020). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. Recuperado el 7 de noviembre de 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6934261/>

Klasko, S. (2015). What Doctors Aren't Learning In Medical School And Why It Matters. Recuperado el 7 de Noviembre de 2019, de <https://www.forbes.com/sites/athenahealth/2015/07/27/what-doctors-arent-learning-in-medical-school-and-why-it-matters/?sh=b020ad779f69>

Almaguer, J., García, H., y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio [PDF] (pp. 45, 171, 172). Ciudad de México. Recuperado el 5 denoviembre de 2018 de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

Comisión Nacional de Bioética México (2020). Recuperado el 19 de junio de 2020, de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

Secretaría de Salud México. (2020). Código de Nuremberg [PDF]. Ciudad de México. Recuperado el 19 de junio de 2020 de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

CNDH. Comisión Nacional de Derechos Humanos (s/f). Recomendación General para eliminar en Instituciones de Salud la violencia obstétrica, y prácticas que vulneren los derechos humanos de las mujeres. Recuperado el 7 de Noviembre de 2019, de <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30105#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20los,los%20derechos%20humanos%20de%20las>

Comisión Nacional de Bioética México (2020). Recuperado el 19 de junio de 2020, de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

CONAPO. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. (2014) Programa Nacional de Población Capítulo 3: Objetivos, estrategias y líneas de acción | Consejo Nacional de Población CONAPO. Recuperado 22 mayo, 2019, de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_3_Objeticos_estrategias_y_lineas_de_accion

Organización de los Estados Americanos (1994) Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCIÓN DE BELEM DO PARA". Recuperado el 20 de julio de 2018 de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

OMS. Organización Mundial de la Salud (S/F). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. [PDF] (pp. 1-6) Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s/f) Recuperado el 20 de marzo de 2019 de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Gobierno de la República. Grupo Interinstitucional. Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en Adolescentes. México (2015). Consultado en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

IMJUVE. Instituto Mexicano de la Juventud, Comité Promotor de la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes(2016). Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes.[PDF] Segunda edición. México. Consultado en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/cartillajovenes2016.pdf>

Sophia Wallace (S/F). CLITERACY, 100 Natural Laws. Recuperado el 25 de mayo de 2019 de <https://www.sophiawallace.art/cliteracy-100-natural-laws>

Tillman, S. T. Stephanie. (2014). 12 Ways To Be a Feminist Healthcare Provider. Recuperado 22 mayo, 2019, de <http://www.feministmidwife.com/2014/10/22/12-ways-to-be-a-feminist-healthcare-provider/>

4.0 Diseño por y para mujeres

Acaroglu, L. (2016). How Design Designs Us: Part 3 | The Ethics of Design. Recuperado el 22 Septiembre de 2020, de <https://medium.com/disruptive-design/how-design-designs-us-part-3-the-ethics-of-design-ca40e33f5842>

Bardzell, Shaowen. (2010). Feminist HCI: Taking stock and outlining an agenda for design. Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings. (PDF) (pp 1033) DOI: 10.1145/1753326.1753521.

Buchanan, R. (2001). Human Dignity and Human Rights: Thoughts on the Principles of Human-Centered Design. Design Issues, 17(3), 35-39. Recuperado el 22 de noviembre de 2019, de <http://www.jstor.org/stable/1511799>

Delgado, J. (2020). ¿Qué es la empatía?. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de <https://rinconpsicologia.com/que-es-la-empatia/>

D'Ignazio, Catherine, Hope, Alexis, Michelson, Becky, Churchill, Robyn, Zuckerman, Ethan. (2016). A Feminist HCI Approach to Designing Postpartum Technologies: "When I first saw a breast pump I was wondering if it was a joke". (PDF) (pp. 2612-2622). DOI: 10.1145/2858036.2858460.

IDEO.The Field Guide to Human-Centered Design (2015) [pdf] (1ra ed., pp. 13-22). San Francisco. Recuperado el 19 de julio de 2020 de <https://www.designkit.org/resources/1>

- Koskinen, Ilpo & Mattelmäki, Tuuli & Battarbee, Katja. (2003). Empathic Design. [PDF] (p. 52-54) Recuperado el 18 de septiembre de 2020 de https://www.researchgate.net/publication/301822240_Empathic_Design
- Ortiz Nicolás, Juan. (2017). Afectividad y Diseño. (pp 79, 85, 86)
- Ortiz Nicolás, Juan. (2014). Qué es la experiencia del usuario en el diseño de producto [PDF] (p.4-7). Ciudad de México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318769016_Que_es_la_experiencia_del_usuario_en_el_diseno_de_producto
- Seung Chan Lim. TEDx Talks. (2014) How Empathy Fuels the Creative Process: Seung Chan Lim (Slim) at TEDxWellesleyCollege https://www.youtube.com/watch?v=CGLUzYUKhTs&ab_channel=TEDxTalks
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The Neural Bases for Empathy. The Neuroscientist, [PDF] (p. 18). <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>

REFERENCIAS IMÁGENES

- Fig. 1. S/N Dominio Público. 2011. Agnodice engraving. Ilustración. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Hagn%C3%B3dica#/media/Archivo:Agnodice_engraving.jpg
- Fig. 2 S/N Dominio Público. S/F. Metrodora. Pintura. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/metrodora-una-ginecologa-adelantada-a-su-epoca/>
- Fig. 3 S/N Dominio Público. 2006. Bust of Aspasia, identified through an inscription. Fotografía. Recuperada de https://es.wikipedia.org/wiki/Aspasia_de_Mileto#/media/Archivo:Aspasia_Pio-Clementino_Inv272.jpg
- Fig. 4 Waterhouse, J. S/F. Trótula de Salerno. Pintura. Recuperada de <https://eldiariodefeminista.info/2020/05/23/trotula-de-salerno-la-ginecologa-innovadora-de-la-edad-media/>
- Fig. 5 Paulsen, K. Helen O'Connell. Fotografía. Recuperada de <https://www.smh.com.au/lifestyle/health-and-wellness/get-cliterate-how-a-melbourne-doctor-is-redefining-female-sexuality-20181203-p50jvv.html>
- Fig. 6 Foldes, P. Buisson, O. 2009. Sección sagital del cuerpo del clítoris Ultrasonido. Recuperado de REVIEWS: The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study - The Journal of Sexual Medicine (jsexmed.org)
- Fig. 7 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (26 de marzo de 2020) (...)les muestro cómo se ve en verdad una vagina, tu vagina, la de todas. Pueden ser más largas, más cortas, con paredes más débiles o más fortalecidas, pero todas tienen los mismos pliegues, los pliegues vaginales(...) [Fotografía] Instagram https://www.instagram.com/p/B-OGyNZjTs_/
- Fig. 8 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (20 de junio de 2018)
- La OVULACIÓN es la etapa más maravillosa del ciclo menstrual, junto con la menstruación(...) [Fotografía] Instagram <https://www.instagram.com/p/BkQf5M1AjRx/>
- Fig. 9 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (10 de abril de 2019) Quiero volver a mostrarles algunas partes de nuestro cuerpo en su estado "normal" que seguramente leyeron y escucharon hablar muchísimo acá, en @gineconline, y en otras partes, pero que pocas veces vieron(...) [Fotografía] Instagram <https://www.instagram.com/p/BwErjJfBB1Y/>
- Fig. 10 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (22 de enero de 2020) Abrázame como el útero a los ovarios>> Anatomía real ♥ No sé a ustedes, pero esta imagen a mí me transmite amor [Fotografía] Instagram <https://www.instagram.com/p/B7pU00PIRUT/>
- Fig. 11 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (11 de agosto de 2019) (...)La imagen es de una cirugía durante mi residencia, es un útero abierto al medio, y cómo ven cabe en la palma de una mano [Fotografía] Instagram <https://www.instagram.com/p/B1CxO-6ARkN/>
- Fig. 12 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (25 de mayo de 2020) En @gineconline ponemos los ovarios sobre la mesa. Así como lo leen y así como lo ven. Ponemos sobre la mesa estos 3 centímetros que gobiernan nuestra existencia(...) [Fotografía] Instagram <https://www.instagram.com/p/CAomElhjRnv/>
- Fig. 13 Dra. Melisa Pereyra [@gineconline] (3 de mayo de 2019) Les presento al orificio cervical externo. Es la entrada a nuestro útero, y todo lo que ven rosadito es el cuello en sí. Ese orificio es el que vemos al hacer el Papanicolau o citología. A su alrededor y así por dentro es donde raspamos para desprender células y poder mirarlas afuera en un microscopio(...) [Fotografía] Instagram https://www.instagram.com/p/Bw_79iEHV8v/
- Fig. 14 S/N Espéculo vaginal Cusco [Fotografía] (quirumed.com)
- Fig. 15 S/N Espéculo vaginal [Fotografía] www.henryschein.es
- Fig. 16 S/N Espéculo vaginal tipo COLLIN - [Fotografía] martimed.com
- Fig. 17 S/N Espéculo cervical Kogan [Fotografía] www.medicalexpo.es
- Fig. 18 Frog. Espéculo Yona. Imagen. Recuperado de <https://www.wired.com/story/the-speculum-finally-gets-a-modern-redesign/>
- Fig. 19 Bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. Marie Anne Victorine Boivin. Reproducción de una

- imagen del siglo 19. Recuperado de <https://www.mujiresenlahistoria.com/2014/09/una-partera-reconocida-y-pobre-marie.html>
- Fig. 20 Dominio Público. Espéculo de Boivin. Reproducción de una imagen del siglo 19. Recuperado de https://fr.wikipedia.org/wiki/Marie_Boivin
- Fig. 21 S/N. Espéculo de Sims. Reproducción de una imagen. Recuperado de File:Sims.Speculum.jpg - Wikimedia Commons
- Fig. 21 S/N. Espéculo de Sims. Reproducción de una imagen. Recuperado de File:Sims.Speculum.jpg - Wikimedia Commons
- Fig. 23 S/N. Protesta de la organización Black Youth Project, exigiendo el retiro inmediato de la estatua de Sims de Nueva York. Fotografía, Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-41138128>
- Fig. 24 Lane, Bettye. 1972. "Women being shown how to examine themselves at the L.A. self-help clinic". Fotografía. Recuperado de <http://catchingthewave.library.harvard.edu/items/show/1389>
- Fig. 25 Viñeta de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Imagen. Recuperada de <https://mujeresyca.com/la-sociedad-de-ginecolog-a-distribuye-vi-etax-sexistas/>
- Fig. 26 Lorena Rosa, (2018). L'Origine de la violence. Bordado sobre canvas. Recuperada de <https://lorenarosa.carbonmade.com/projects/7016741>
- Fig. 27 Fungifilms. Irma y sus hijos. Fotografía. Recuperado de informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso
- Fig. 28 Anuncio de Toallas Sanitarias Lister. Recuperado de ¿Qué usaban las mujeres antes de los tampones y las toallas? (helloclue.com)
- Fig. 29 Anuncio de Toallas Sanitarias Kotex. Recuperado de Da un vistazo extraño a los productos de período a lo largo de la historia | ES.Lamareschale.org
- Fig. 30 Anuncio de Toallas Sanitarias New Freedom de Kotex. Recuperado de New Freedom sanitary na pkin, (Kotex, 1971), at the Museum of Menstruation and Women's Health (mum.org)
- Fig. 31. Dibujo registro de tampón Tampax Recuperado de ¿Cuándo se inventó el tampón? - RTVE.es
- Fig. 32. Tampones Judith Esser Mittag Recuperado de Johnson & Johnson: 60 Jahre o.b. Tampons (cash.at)
- Fig. 33 Anuncio toalla Stay Free de Kotex
joy | art by darshana (wordpress.com)
- Fig. 34 Folleto "Women and their bodies" Recuperado de medicina y mujeres | asociacionlatrama (wordpress.com)
- Fig. 35 Fotografía Kit Predictor de M. Crane. Recuperado de Margaret Crane: la publicista que inventó el Predictor, el primer test doméstico de embarazo - BBC News Mundo
- Fig. 36 Fotografía Folleto "Our bodies, ourselves" Recuperado de "Our faces belong to our bodies. Our faces belong to... - Depop
- Fig. 37 Fotografía "Early pregnancy test" Recuperado de Pregnancy Tests Throughout History | Mom.com
- Fig. 38 Fotografía Prueba de embarazo "Clear Blue" Recuperado de 'Clearblue' pregnancy test kit, Bedford, England, 1985 | Wellcome Collection
- Fig. 39 Fotografía Prueba digital de embarazo "Clear Blue". Recuperado de Prueba de embarazo Clearblue Digital con indicador de concepción
- Fig. 40 Fotografía Path, condón interno Recuperado de Preservativo femenino > EnPlenitud
- Fig. 41 Fotografía Diafragma moldeado Caya Recuperado de Traemos el diafragma | Desmontando a la Pili
- Fig. 42 Imagen App "Clue" Recuperado de Clue: Calendario de ovulación y periodo para iOS, Android y watchOS (helloclue.com)
- Fig. 43 Imagen App "Flo" Recuperado de Flo es una aplicación para el calendario de ovulación, el seguimiento de la menstruación y el embarazo
- Fig. 44 Fotografía Labella Recuperado de We've Created A New Way To Look At Your Vagina – It Might Just Save Your Life | IFLScience
- Fig. 45 Fotografía Copa menstrual Ruby Life Recuperado de Ruby Cup | Menstrual Cup
- Fig. 46 Fotografía Silla de parto vertical Recuperado de Exposición "Haré lo que deseo: Diseño y empoderamiento femenino" (unam.mx)
- Fig. 47 Fotografía Sala de espera de consultorio ginecológico, Recuperado de Abril Camacho Cervantes - Ginecología y Obstetricia | HuliHealth
- Fig. 48 Fotografía consultorio ginecológico Recuperado de Clínicas de ginecología en el DF | CDMX | Consmed Ginecología

(consmed-ginecologia.com.mx)

Fig 49 Fotografía Sala de espera de consultorio ginecológico, Recuperado de Dra. Pilar Arroyo Tenorio Ginecólogo, Iztapalapa - Agenda cita | Doctoralia.com.mx

Fig 50 Fotografía consultorio ginecológico Recuperado de Clínicas de ginecología en el DF | CDMX | Consmed Ginecología (consmed-ginecologia.com.mx)

Fig 51 Fotografía consultorio ginecológico Recuperado de Abril Camacho Cervantes - Ginecología y Obstetricia | HuliHealth

Fig. 52 Fotografía Sanitario de consultorio Recuperado de | Segundamano.mx

Fig. 53 Fotografía Modelo útero Recuperado de Pathological Model of Uterus - Realityworks

Fig. 54 Fotografía Modelo útero Recuperado de SOMSO Female Genital Organs Model – GTSimulators.com

Fig. 55 Fotografía Modelo de sistema sexual con feto Amazon.com: Axis Scientific Anatomy Modelo de Pelvis de Embarazo - Incluye un modelo de feto extraíble a tiempo completo, anatomía de la placenta y más de 40 puntos de interés anatómicos, con garantía de 3 años: Industrial & Scientific

Fig. 56 Fotografía Modelo pelvis Axis Scientific 3-Part Female Pelvis (anatomywarehouse.com)

Fig. 57 Fotografía Bata azul Recuperado de Bata para Paciente (lancetahg.com.mx)

Fig. 58 Fotografía Bata desechable Recuperado de Bata Para Pacientes Sin Manga Desechable C/10 | Mercado Libre

Fig. 59 Fotografía Bata de tela Recuperado de Bata de Hospital de Mezcla de Algodón, 6u, 46 pulgadas de largo y 66 pulgadas de ancho. Magnus Care - Xennox Enterprise

Fig 60-66 Fotografías consultorio Dra Olga, autoría propia

FEMINISTA INCOMODA
MENSTRUACION MIEDO
INVASIVO VULNERABLE
MUJERES SIN APOYO
HUMILLACION ESTIGMA
DEGRADACION RESPETO
SALUD MATERIA LISTA
MEDICINA TABU INVISIBILIDAD
IGNORANCIA HISTORIA
HIMEN CLITORIS DOLOR
ETICA VIOLENCIA SANGRE
MITO OVULACION SIGNIFICADO
CONSENTIMIENTO OFRIMIENTO
UTERO MARCHA CERVIX
CONTROL CRIMINACION
HISTERIA CRUELDESNUDO
PREJUVICIO LIBRE TABU
VIOLENCIA LENGUAJE

