

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERCEPCIÓN DE MUJERES QUE HAN
TENIDO LA EXPERIENCIA DE PARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA
COMPLEJIDAD EN BUCARAMANGA**

**PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ GARCÍA
SILVIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ SUÁREZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2016

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERCEPCIÓN DE MUJERES QUE HAN
TENIDO LA EXPERIENCIA DE PARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA
COMPLEJIDAD EN BUCARAMANGA**

**PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ GARCÍA
SILVIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ SUÁREZ**

Trabajo de Grado para optar al título de: Trabajadora Social

**Directora
ADRIANA VEGA MARTINEZ
Trabajadora social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2016

DEDICATORIA

Escoger y acertar, en esta mi carrera profesional solo fue posible a través de la dirección de Dios, mi guía, fortaleza y esperanza de vida.

Agradezco a la maravillosa familia que tengo, a mis dos mujeres orgullo personal; mi nona por ser principal gestora de este escalón en mi proyecto de vida, quien al igual que mi madre, con entrega y mucho amor me ha cuidado y alentado durante estos años. A ambas mi cariño más sincero por ser mi motor y apoyo incondicional.

A mi padre quien con sus consejos contribuyó a mi formación, recalcando que el estudio será siempre la mejor herencia.

A esas personas únicas que compartieron mi crecimiento intelectual y personal, quienes brindaron sonrisas y alegrías, inyectando ese toque particular de energía a mis días.

PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ GARCIA

DEDICATORIA

Este trabajo de grado va dedicado a Dios, quien me ilumino en el camino para cumplir una de mis grandes metas.

A mis padres Silvio Jesús Rodríguez Moreno y María Azucena Suárez Martínez, a mis hermanos Jose y David porque día a día han luchado por mi bienestar, quienes con su amor y su apoyo se han convertido en el motor que ha llenado mi vida de fuerzas para poder lograr mis sueños. Gracias por acompañarme en esta decisión de vida.

A mi gran amor; Jhon Anderson Moreno quien ha estado conmigo brindándome todo su amor y paciencia, gracias por ser mi compañero de aventuras.

A mi nonito Saúl Silva y a mi tío Jonathan Silva que aunque deseaba con toda mi alma que me acompañaran en este momento, tuvieron que partir de este mundo; siempre los llevare en mi corazón.

A mis amigos, familiares que han aportado un granito de arena para la realización de este proceso; especialmente a Paola Hernández con quien coincidí en el mismo camino y construí una gran amistad.

SILVIA ALEJANDRA RODRIGUEZ SUAREZ

AGRADECIMIENTOS

Gratitud a nuestra directora de proyecto de grado, la profesora Adriana Vega Ramírez por su instrucción, orientación en el proceso de enseñanza y consecución de este maravilloso proyecto de investigación.

A cada una de las mujeres participantes por su tiempo y disposición, sin ellas no habría sido posible este ejercicio académico.

A profesores y compañeros que guían su actuar desde la ética del Trabajo Social y valores fundamentales en pro de la armonía y convivencia humana.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	22
3. MARCO REFERENCIAL	23
3.1 LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL MODELO BIOMÉDICO	23
3.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA	33
3.2.1 Derechos sexuales y reproductivos	34
3.3 RESPALDO NORMATIVO A LA MUJER, REFERENTE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO	36
3.4 ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	42
4. DISEÑO METODOLÓGICO	45
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	51
6. DISCUSION Y ANALISIS	61
7. CONCLUSIONES	73
8. RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	87

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Parto normal	25
Figura 2 La mujer frente a los procedimientos asistenciales	63

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Procedimientos rutinarios	30
Tabla 2 Procedimientos invasivos	32
Tabla 3. Categorías Deductivas	47
Tabla 4. Estructura de códigos asignados a las participantes	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de entrevista semiestructurada.	87
Anexo B. Matriz categorial	89

RESUMEN

TITULO: VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERCEPCIÓN DE MUJERES QUE HAN TENIDO LA EXPERIENCIA DE PARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN BUCARAMANGA*

AUTORES: SILVIA ALEJANDRA RODRIGUEZ SUAREZ
PAOLA ANDREA HERNANDEZ GARCIA**.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, parto, modelo biomédico, derechos sexuales y reproductivos.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que por su complejidad no resulta sencillo de abordar. A través de diversos hechos y en distintas situaciones, las mujeres han sido objeto de vulneración de los derechos humanos al ser violentadas de diversas formas. La violencia obstétrica en la actualidad es una realidad presente al momento del parto y dada sus manifestaciones está naturalizada entre las mujeres, quienes en muchas ocasiones ignoran la existencia de sus derechos.

Es por lo anterior, que la presente investigación está centrada en conocer las prácticas sociales y asistenciales del sector de la salud que son factores de la violencia obstétrica, desde la percepción de las mujeres que han tenido experiencia de parto.

Para el logro del objetivo propuesto, se abordan diversos contenidos, uno de ellos es el modelo biomédico que impera en la atención del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, a fin de considerar los procedimientos que se realizan en ocasión a este. Así mismo, se reconoce y contrasta el concepto de violencia obstétrica con la atención de salud actual y la normatividad vigente que ampara tal acontecimiento. En este panorama se configuran los derechos sexuales y reproductivos como sustento de análisis, a la vez que contemplan el proceso reproductivo biológico de la mujer.

Como resultado, el trabajo realizado permitió identificar que las mujeres al no tener conocimiento previo de lo que es la violencia obstétrica, naturalizan algunas prácticas asistenciales y sociales brindadas por el personal de salud y que constituyen expresiones de este tipo de violencia.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora. Adriana Vega Ramirez

ABSTRACT

TITLE: OBSTETRIC VIOLENCE FROM THE PERCEPTION WOMEN WHO HAVE HAD CHILDBIRTH EXPERIENCE IN AN INSTITUTION IN BUCARAMANGA MEDIUM COMPLEXITY*

AUTHORS: SILVIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ SUAREZ,
PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ GARCÍA**.

KEYWORDS: obstetric violence, childbirth, biomedical model, Sexual and Reproductive Rights.

Violence against women is a phenomenon whose complexity is not easy to address. Through various events and in different situations, women have been subjected to violations of human rights being violated in various ways. Obstetric violence today is a reality present at birth and given its manifestations is naturalized among women, who often ignore the existence of their rights.

It is for this, that the present investigation is focused on knowing the social and health care practices in the health sector are factors of obstetric violence, from the perception of women who have had experience of childbirth.

To achieve the proposed objective, various contents are addressed, one of them is the biomedical model that prevails in the care of Social Security System in Health in Colombia, to consider the procedures performed on this occasion. Likewise, it is recognized and contrasts the concept of obstetric violence with current health care and the current regulations which covers such an event. In this scenario the sexual and reproductive rights as the basis of analysis, while contemplating the biological reproductive process of women are set.

As a result, the work identified that women having no prior knowledge of what is obstetric violence, naturalize some care and social practices provided by health personnel and are expressions of such violence.

* Work degree

** Faculty of Humanities. School of Social Work. Director. Adriana Vega Ramírez

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica, hace referencia a aquellas prácticas invasivas que pueden ser ejercidas durante el parto y causan daño físico o psicológico a las mujeres, población que a través de los años han sido objeto de diferentes tipos de violencia. Esta situación aparece como consecuencia del modelo biomédico imperante en las instituciones de salud, cuyo accionar queda sustentado bajo los avances tecnológicos y el conocimiento científico de los profesionales del sector salud.

El foco de análisis del presente trabajo de investigación fueron las prácticas asistenciales y sociales del sector salud, que se configuran en factores de este tipo de violencia. Para tal propósito, en un primer momento se presenta el marco teórico, conceptual y legal pertinente a fin de obtener un panorama más amplio de la situación problema. Se vislumbra que este tipo de violencia no está tipificada en Colombia, puesto que las normas vigentes no reconocen los hechos de vulneración que suceden durante el embarazo, parto y puerperio como acciones que afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Para conocer la percepción de mujeres con experiencia de parto sobre factores que constituyen violencia obstétrica, se tomó como población participante a usuarias de los servicios de salud de la Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST), institución de mediana complejidad adscrita a la Red en Salud Pública de la ciudad de Bucaramanga. Siguiendo la metodología cualitativa con enfoque fenomenológico se realizaron entrevistas semiestructuradas para rescatar las subjetividades de la experiencia propia de las mujeres, quienes describieron las actuaciones del personal médico durante el evento obstétrico, posibilitando conocer de manera amplia esta vivencia desde su expresión y sentir.

Los resultados de la investigación se agrupan en cinco categorías, que se construyeron producto de la teoría y el análisis de los testimonios de las mujeres, esto fue base para identificar los factores que configuran la violencia obstétrica. A partir de esto, se exponen una serie de conclusiones y recomendaciones, que precisan los aspectos a mejorar por parte de los distintos actores inmersos en la problemática en cuestión.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La violencia contra las mujeres se manifiesta de diversas maneras. Día a día, se observa cómo en diferentes situaciones hay vulneración de los derechos de este grupo poblacional. Las Naciones Unidas identifica este fenómeno como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".¹

La violencia obstétrica aparece como una de las formas de violencia contra las mujeres; está relacionada con la vulneración de los derechos humanos durante el embarazo, parto y post parto y en países como Colombia es ignorada, mientras que en Argentina, Venezuela y México ha ido ocupando un lugar en la agenda pública. En este contexto la definen como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.² En efecto, existe un desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de las embarazadas, quienes ignoran que no pueden ser denigradas en su integridad como mujeres por ningún profesional tratante.

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Violencia contra la mujer 2016

² FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra y TORO MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2012, vol.72, n.1 [citado 2016-09-24], pp. 4-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

Como se observa en el panorama internacional, se reconoce la vulneración a los derechos de la mujer a través de la tecnificación de los procedimientos y tratos deshumanizantes durante el parto, hecho que hace necesario poner la mirada sobre los factores biopsicosociales referidos a calidad y atención oportuna en los servicios de salud. Si bien es cierto, la mayoría de mujeres parturientas³ son atendidas en instituciones sanitarias, las mismas se han constituido en fuentes generadoras de violencia obstétrica, dado que sus procesos de atención se centran en un modelo biomédico en el que prima la fragmentación de los servicios por encima de la integralidad y suficiencia que los debe caracterizar.

Vale decir, que para el siglo XIX por el proceso de tecnificación de la medicina, se comienza a realizar la atención a la mujer parturienta solamente en las instituciones de salud por parteros profesionales y obstetras, dejando de un lado los conocimientos locales. Como indica Fornes: “El parto como escenario de familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación”.⁴ De acuerdo a esto, se reconoce como se deja de lado el acompañamiento por parte de las parteras tradicionales que eran aquellas mujeres que ayudaban y guiaban a otras mujeres en el momento del parto, a medida que se hace obligatoria la intervención por parte del personal médico durante este evento obstétrico, siendo más efectivo para disminuir los casos de mortalidad materno-infantil, pero dejando de un lado el papel protagónico de la mujer desde el ejercicio de su autonomía en función de su sentir.

En efecto, esta impostura cuyo fin era el bienestar de la mujer y el neonato trajo consigo otro tipo de contingencias para ambos, pues “la atención de la salud de las gestantes está atravesada por diferentes discursos y relaciones de poder que

³ [mujer] Que está pariendo o que acaba de parir.

⁴ BELLI, Laura. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

se materializan en un tipo de violencia doble: aquella que se ejerce sobre las mujeres por su relación de subordinación en base al género y la que se deriva del saber poder del acto médico e institucional⁵.

En particular, ciertas prácticas y procedimientos llevados a cabo propios de la medicina y específicamente la obstetricia, se presentan como invasivos y a la vez riesgosos. Muestra de ello, son las altas tasas de operación cesárea en Colombia, en Latinoamérica y en el Mundo.⁶ Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.⁷

En Colombia, donde el Ministerio de Salud reconoce que es el tercer país del mundo en porcentaje de cesáreas, se están haciendo en centros privados entre 70-80% de los partos por operaciones cesáreas y tenemos información verbal que

⁵ VALLANA, Viviana. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. [en línea] [citado agosto de 2016] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19135/VallanaSalaVivianaValeria2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶ SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA. *Una nueva y silenciosa epidemia. Colombia, tercer país del mundo en porcentaje de Cesáreas.* Pedianet. Disponible en: http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/pedianet_044/La_Sociedad_informa_044b.html

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

las cifras pueden llegar hasta el 90% e, incluso, en algunas clínicas afiliadas o que hacen parte de instituciones de formación universitaria, este procedimiento quirúrgico bordea escandalosamente el 80%.⁸

De manera que el escenario institucional con las prácticas y métodos que allí se llevan a cabo para el momento del parto pasan hacer tema de discusión, pues la “violencia obstétrica no es fácil de reconocer y en algunos contextos es una forma de maltrato permitido, muchas veces celebrado y agradecido”⁹, y más aún en Colombia donde no se contempla este tipo de violencia dentro de la normatividad vigente.

Por otra parte, es cierto que en el ámbito internacional este tipo de violencia ha ganado un lugar en la agenda pública es decir el reconocimiento legal, de manera lenta ha logrado visibilizar y considerar sus manifestaciones. Es preciso mencionar el caso de Venezuela pues se identifica como teniendo una ley que la tipifica, presenta “grandes expectativas y dudas entre los gineco-obstetras, en particular el articulado referido a violencia obstétrica, pues la ley la define, establece los delitos relacionados con la misma y las penas a aplicar, pero persiste el clima de desinformación tanto en los prestadores de servicio como en las usuarias”¹⁰

Considerando que es un avance y de gran apoyo el reconocimiento legal, es innegable observar cómo se siguen presentando vacíos para su reconocimiento y por tanto visibilidad de parte de las mismas mujeres, cuestión que repercute en la salud psíquica y física de la misma. De manera que aún con las falencias

⁸Ibid.

⁹ WOUHLGEMUTH, Vivar. El parto un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica. 2015. [en línea] [citado agosto de 2016] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4240/1/121003.pdf>

¹⁰ TERAN, Pablo. CASTELLANOS, Carlos. GONZALEZ, Mireya y RAMOS, Damaris. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73(3):171-180 [en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

particulares del país, preocupa e interesa velar por la atención integral en salud, a la vez de evitar la constante vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

Lo anterior, suscita una serie de cuestionamientos tales como: ¿Cuáles son las prácticas utilizadas por el personal médico que incurren en violencia obstétrica? ¿Cómo es la experiencia de parto de las mujeres en las instituciones de salud?, ¿La mujer considera y reconoce los hechos de vulneración de sus derechos humanos durante su parto?, ¿Cómo influye el desconocimiento de este tipo de violencia en la vulneración de los derechos Sexuales y Reproductivos?

Por lo que, es prudente indagar la percepción de mujeres que han tenido la experiencia de parto en una institución de mediana complejidad, para con sus testimonios poder revelar prácticas sociales y asistenciales del sector de salud que inciden en la violencia obstétrica y en la cual el cuerpo, la voluntad y decisión de la parturienta es violentado de una forma socialmente aceptada e invisibilizada. Siendo esto, un paso para reconocerla e incidir en su disminución a través de una serie de recomendaciones prudentes a la situación de Bucaramanga.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las prácticas sociales y asistenciales del sector de la salud que son factores de la violencia obstétrica, desde la percepción de las mujeres usuarias de los servicios de la Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) que han tenido la experiencia de parto.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Comprender desde la experiencia de las mujeres el modo en que vivencian las practicas asistenciales y sociales del sector salud, que son factores que inciden en violencia obstétrica.
- Revelar testimonios de las mujeres que han tenido la experiencia de parto, respecto a la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Señalar características del modelo biomédico, que se presentan en la atención del parto y que son factores que generan violencia obstétrica.

3. MARCO REFERENCIAL

Para poder llevar a cabo un análisis de la violencia obstétrica es preciso dar una mirada crítico-analítica desde el Trabajo Social al modelo biomédico del Sistema de Salud, donde las prácticas asistenciales y sociales dan cuenta de conductas de rutina del personal responsable de la atención, que constituyen ejemplos de este tipo de violencia; así mismo es necesario tener presente que la salud de las mujeres debe ser entendida más allá del enfoque biológico y abordarla como un proceso dinámico y mucho más que un producto médico.

3.1 LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL MODELO BIOMÉDICO

Las necesidades de las personas varían, según la etapa del ciclo de vida en el cual se encuentren. Se entiende como ciclo de vida “el continuo vital y sus momentos en términos de potencialidades, capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada persona, al logro de acumulados¹¹ que le permiten a cada individuo y a los colectivos, tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud. Trabajar desde la perspectiva del ciclo de vida pone de relieve interacciones propias que cada momento vital”¹²

En relación con las mujeres su ciclo vital se configura según diferentes perspectivas; en la actualidad el sistema médico científico ha modelado el mismo

¹¹ Experiencias vividas por el ser humano.

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA*, : Imprenta Nacional.2012.P.34

sobre “las etapas de su ciclo fértil y, en general, su salud reproductiva y sexual. Así son niñas, adolescentes, maduras, madres, menopáusicas y mayores.”¹³

Por esto, “el sistema médico científico es, en definitiva, el responsable de definir los períodos más significativos de la vida de la mujer relacionándolos con su capacidad fértil: así, la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia y otras manifestaciones asociadas específicamente a la salud de las mujeres, y que forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo, se convierten en los nudos claves a partir de los cuales se interpretan otros aspectos sociales”¹⁴

Bajo esta óptica una de las etapas que marca el ciclo vital de las mujeres es el embarazo y el parto. No obstante para la mujer, “el embarazo no es sinónimo de proceso reproductivo, ya que su percepción subjetiva frente al hecho, es de un evento crítico en su ciclo vital; es decir, un período de crisis en el cual lo “natural” y lo “normal” que escucha del discurso médico, no concuerda con su apreciación de angustia y conflicto por el resultado”¹⁵

“El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos.”¹⁶ Tener clara las definiciones de las etapas del parto es un factor clave en la atención en salud que las mujeres requieren. En la Figura 1 se resumen los tres periodos del parto normal.

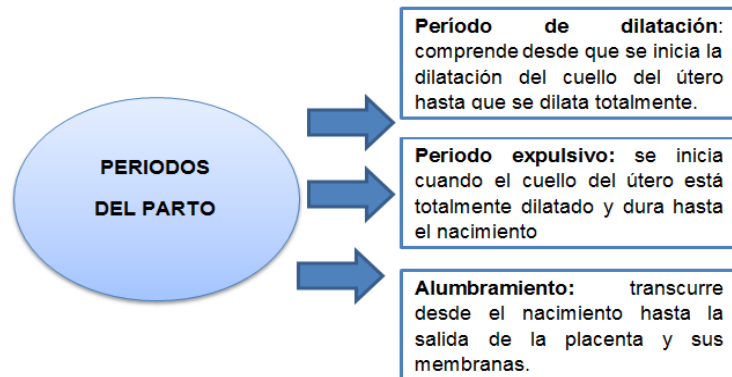
¹³ BODOQUE, Yolanda. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de antropología*. 2001. ISSN 0214-7564. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3259>

¹⁴ Ibid. P.12

¹⁵ PEREZ, Lourdes y MARQUEZ, María. La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. *Avances en psicología latinoamericana*. 2004, Volumen 22, Pp. 61-75

¹⁶ ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto norma. [En línea] [Citado septiembre de 2016] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partо_Normal_Osteba_resum.pdf

Figura 1 Parto normal



Fuente: FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. 2011. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf>

A un cuando el parto es concebido como un proceso fisiológico natural que sucede entre la semana treinta y siete y cuarenta y dos de gestación, hay diferentes factores que marcan el tipo de parto que es el más seguro para la madre y su bebé y que determina el accionar del equipo de salud. Entre éstos se señalan:

Parto vaginal:

El parto natural, es una manera de dar a luz que permite que la naturaleza siga su curso. Esto puede comprender el parto sin la ayuda de medicamentos, incluidos los analgésicos como epidurales, y se utilizan pocas intervenciones médicas artificiales, permitiendo así a la mujer, dirigir su propio parto de una manera más cómoda.¹⁷ Este tipo de parto evita la medicalización para la madre y él bebe y es un procedimiento que se lleva a cabo con tecnología de baja complejidad.

¹⁷ TESIS MODELO VANCOUVER [En línea] [citado en octubre de 25016] Disponible en: http://www.academia.edu/8842748/TESIS_PARA_VER_MODELO_VANCOUVER

Cesárea:

Es una técnica quirúrgica que se practica para extraer al bebé y a la placenta del útero materno, cuando por alguna razón el parto vaginal no es posible. El cirujano realiza una incisión en el abdomen y el útero por donde introduce las manos, levanta la cabeza del neonato y lo extrae con la ayuda de un asistente que presiona la zona superior del útero hacia abajo.¹⁸

Es importante mencionar que para la atención del parto en Colombia, existe una norma técnica desde el Ministerio de la Salud que constituye el “conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato”.¹⁹

Se observa que con el paso del tiempo la atención del parto ha tomado un giro, puesto que los procedimientos clínicos se han ido tecnificando por el avance en los conocimientos médicos y tecnológicos, hecho que se une a los estándares del modelo biomédico actual que privilegia la atención institucionalizada sobre otras formas de atención.

Hoy el modelo biomédico, ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica entonces

¹⁸ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *Tipos de parto*. Natalben. 2016. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-parto/parto-inducido/tecnicas-para-inducir-el-parto-887>

¹⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto. [en línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Aquí se considera la cultura como una variable a no tomar en cuenta por la medicina, pues esta ciencia está por encima de las distintas realidades culturales en el proceso de salud enfermedad.²⁰

Es de reconocer que este modelo aunque mecanicista ha permitido el avance en el tratamiento de enfermedades y la recuperación de la salud de las personas, a medida que centra su accionar en el cuerpo y sistema biológico que lo compone. Sin embargo es visto que esta concepción se queda corta al no reconocer de manera más amplia el concepto de salud, y las diferentes dimensiones del ser humano, pues solo abordar el aspecto físico no es suficiente, lo psíquico y social son fundamentales si se apunta al bienestar de la persona.

En este escenario aparece el parto biomédico como aquel “disciplinamiento maternal, ya que las mujeres se ven coaccionadas a consentir la intervención obstétrica, en nombre de su responsabilidad maternal y en reconocimiento del saber experto”.²¹ Se identifica una relación vertical entre el personal de salud y la mujer parturienta quien se limita a atender las indicaciones del saber médico. Se confirma que no hay atención psicosocial a la mujer en el momento de parto, dejando de lado la trascendencia de este evento para la mujer a medida que lo trata como una patología, cuyo único medio para resolverlo es la intervención asistencial, la cual no considera el querer y sentir de la mujer sobre el tipo de parto, coaccionando este hecho de inicio a fin.

De ahí, se puede analizar cómo la atención y procedimientos del parto han cambiado, de acuerdo a la evolución de la medicina. La institucionalización de los

²⁰ LIBREROS PIÑEROS, Liliana. *El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad*. Venezuela: Universidad de Carabobo, 2012. [En línea]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu13412.htm

²¹ VASQUEZ, Esmeralda. Pluralismo Médico y Parto Biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito. 2013. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54213.pdf>

partos ha provocado que los procedimientos sean sistematizados, sin tener en cuenta la necesidad de cada una de las mujeres, sino practicando las intervenciones de rutina propias del sector sanitario.

Es así, como existen prácticas que son innecesarias y son realizadas por el personal de salud; estos procedimientos no son informados a las mujeres, quitándole su autonomía y no respetando sus derechos.

No se debe desconocer que desde hace algunos años la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha recomendado al personal de salud que el parto normal es el más aconsejable para la salud de las mujeres y el niño o niña, pues solamente se deben utilizar intervenciones de medicamentos y de tecnología en casos que peligre la vida de alguno de los involucrados.

Los avances en los estudios obstétricos han buscado evitar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, pero esto ha hecho que se utilicen determinados procedimientos de manera rutinaria. Los avances en la atención han provocado un aumento cesáreas y partos donde se aplican técnicas invasivas, sin mejorar la mortalidad y empeorando la morbilidad materno-infantil.

Las cesáreas y los partos instrumentales dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT), que pueden afectar las relaciones sexuales de la mujer e incluso a sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad. Así mismo, se puede generar trastornos que pueden tener influencia negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual del niño o niña.²²

²² EL PARTO ES NUESTRO. Medicalización rutinaria del parto. [en línea] [Citado en septiembre de 2016] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>

Es preciso mencionar como desde el punto de vista psicológico, se evidencia que la inducción de parto aumenta el riesgo de que el bebé tenga un trastorno del espectro autista, probablemente debido a la oxitocina sintética. Y según en qué semana se produzca la inducción, puede aumentar el riesgo de otros trastornos del aprendizaje, que normalmente solo se detectan al llegar a primaria, cuando ya nadie los relaciona con lo que sucedió en el parto. A eso hay que añadir las secuelas de por ejemplo pasar las primeras horas de vida separado de la madre, de que se dificulte la lactancia materna o de estar ingresado en neonatología, experiencias todas ellas que pueden afectar mucho al desarrollo del vínculo y a la salud mental de por vida.²³

Según Rosemberg y Checa la medicalización es un fenómeno de la modernidad vinculado estrechamente con la medicina científica y con el poder social que este desarrolló, en cuanto puede operar sobre procesos corporales fisiológicos y patológicos con creciente eficacia.

“El poder de normativización de la medicina abarca la enfermedad, pero también la salud, y se ejerce eficazmente a través del control de los cuerpos, los cuales deben ser domesticados conforme a las necesidades de un orden social y político, para responder a los intereses y necesidades del Estado.

Es así como el poder es tomado por los médicos, quienes son los que tienen el control sobre el cuerpo de la mujer en el momento del parto, siendo el profesional quien es el conocedor y sin darle importancia a la percepción de las mujeres.²⁴

²³ DIARIO ABC. Los riesgos que no conoces de un parto. [en línea] [Citado en octubre de 2016] Disponible en: <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20150926/abci-riesgos-conoces-parto-201509251221.html>

²⁴QUEVEDO, Paula. *Violencia obstétrica, manifestación oculta de la desigualdad de género*. Argentina: Universidad del Cuyo: 2012. [En línea] Disponible en http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf

Es difícil cuestionar los procedimientos que son aplicados por los profesionales, porque no hay datos cuantificables de las mujeres que quedan con secuelas por las intervenciones invasivas. No obstante a continuación se describen algunas de las intervenciones que según estudios realizados pueden ser innecesarias, pero que son desarrolladas por el personal de salud en los centros de atención sanitaria.

Tabla 1. Procedimientos rutinarios

NOMBRE	DEFINICIÓN
Enemas	Medicamento líquido que se aplica vía anal, cuya finalidad es expulsar o hacer una limpieza de la materia fecal que se encuentra en el colon. Es utilizada especialmente para las personas que sufren de estreñimiento y en ocasiones para las mujeres en estado de embarazo.
Rasurado perineal	Consiste en rasurarse alrededor de la vagina, es una de las intervenciones rutinarias que se aplican en los hospitales en el momento del parto, es realizado para disminuir el riesgo de infección, pero se ha demostrado que esta práctica puede ser poco beneficiosa porque provoca puede provocar algunas erosiones en la piel que puede traer riesgos para las mujeres.
Examen vaginal	El examen vaginal es un procedimiento para evaluar el progreso del trabajo de parto que debe ser realizado siempre en condiciones de asepsia, con lavado de manos y uso de guantes estériles descartables. El tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas como lo recomienda el partograma (OMS 1993). Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno. ²⁵

²⁵ Ibid, P 16.

NOMBRE	DEFINICIÓN
Venocclisis	<p>Consiste en colocar una inyección en la vena, en donde se conecta a la manguera y empieza a pasar la solución de glucosa²⁶, es utilizado para las personas que se les va a practicar una cirugía.</p> <p>El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el Cordón umbilical.</p> <p>Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido.</p> <p>La colocación rutinaria de venocclisis, además, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente.²⁷</p>

Igualmente dado el objeto de estudio del presente trabajo a continuación se señalan las técnicas para inducir el parto que se basan en procedimientos invasivos, mediante el uso de procedimientos y/o fármacos dirigidos a acelerar el nacimiento del bebé.

²⁶ Líquido

²⁷ ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. 2004. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. [en línea] Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Tabla 2 Procedimientos invasivos

NOMBRE	DEFINICIÓN
Uso de medicamentos	Medicamentos como la oxitocina, que son aplicados a las mujeres antes del parto con la finalidad de que el útero empiece a tener contracciones, interviniendo así en este proceso natural.
Separación de membranas	El médico introduce un dedo enguantado en el cérvix de la gestante y separa la bolsa de líquido amniótico de la pared del útero. Este procedimiento aumenta la producción natural de prostaglandinas.
Rotura artificial de la bolsa de aguas	Se provoca la “rotura de aguas” practicando un agujero en la bolsa que contiene el líquido amniótico, cuando ya se ha producido una dilatación parcial, para acelerar el ritmo de las contracciones. Se vigila a la mujer para evitar posibles infecciones.
Maniobra de kristeller	Es una maniobra invasiva que es utilizada para acelerar el nacimiento del bebe, en el proceso de parto los profesionales de la salud, empujan con los puños la parte superior del útero para que el feto descienda por la vagina.
Fórceps	Es un instrumento utilizado en el parto vaginal para la extracción del feto. Consta de dos palas metálicas, en donde en un extremo tiene dos prensas curvas para sujetar la cabeza del bebe.

Es relevante mencionar que la inducción del parto es un procedimiento artificial en donde los profesionales ayudan a acelerar el nacimiento del bebe y a veces trae consecuencias negativas, que colocan en peligro o dejan secuelas en la vida de la madre o el neonato²⁸.

²⁸ Niño o niña recién nacido.

3.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Medina explica la violencia obstétrica de manera amplia y específica dos de sus dimensiones: La física, referida a la realización de prácticas invasivas, irrespeto por los tiempos y posibilidades del parto biológico y la medicalización no justificada hacia la parturienta o la persona por nacer y la dimensión psíquica, que involucra el trato deshumanizado, grosero, palabras de discriminación o humillación cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica.²⁹ Se une a este proceder, hechos de omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija, y en general todos los actos que no hagan partícipe a la mujer de las diferentes actuaciones de los profesionales de la salud.

Es así, que cuando se habla de violencia obstétrica hay una relación con formas de maltrato contra la mujer, acciones que se identifican desde las Naciones Unidas como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"³⁰.

Evidentemente la violencia obstétrica se ubica como forma de violencia contra la mujer; ante tal situación, el enfoque de género se hace indispensable, pues sobrepone las garantías con las que cuentan todos los seres humanos y en especial las mujeres, como grupo al que históricamente se les otorga el espacio de lo privado, el hogar y las funciones reproductivas en las que el rol biológico y

²⁹ MEDINA, Graciela (2008), *Violencia Obstétrica*, citado por MAGNONE, Natalia. *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Departamento de trabajo social. [en línea] [citado septiembre de 2016] Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer*. [en línea] [citado septiembre de 2016] Disponible en: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

cultural de la maternidad se configura a ella dada su fisiología.³¹ Esta situación persiste en la cultura pese a que en la vida real las mujeres traspasan muchas fronteras, rompen paradigmas y están cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política.

3.2.1 Derechos sexuales y reproductivos Al respecto, los movimientos internacionales de las mujeres de defensa de los derechos de la infancia, las Organizaciones Sociales, el Sistema de Naciones Unidas, ONU, y los gobiernos, cuentan con desarrollos importantes que se expresan en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales, y avances legislativos nacionales para prevenir, sancionar y eliminar las distintas formas de discriminación y de violencia contra las mujeres, como son los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), asunto de interés para la salud pública, tanto por su magnitud como por su impacto en el desarrollo, pues condicionan los componentes de la integridad de la atención en salud de las mujeres desde la promoción, prevención, detección, atención, reparación, recuperación y la convivencia social, en el marco de los derechos humanos.³²

Dada la relevancia de los DSR en el marco de la atención en salud a las mujeres embarazadas, se identifican a continuación los relacionados con los procesos de embarazo, parto y post parto, a saber:

- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.

³¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de salud pública, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. Imprenta Nacional, 2012. [en línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

³² Ibid. P. 16

- El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad. Los criterios básicos de calidad son: buen trato, eficiencia, confidencialidad, accesibilidad geográfica y económica.
- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
- El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico, para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.³³

En cuanto a su definición y alcance, los derechos sexuales y reproductivos se configuran como parte fundamental de los Derechos Humanos, que apuntan a un “estado general de bienestar físico, mental y social y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.”³⁴ Bajo estos lineamientos los DRS cobran importancia, pues su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción.

³³ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES & MINSALUD, *La brújula, herramienta pedagógica para el desarrollo comunitario en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*. 2015. p, 55.

³⁴ PROFAMILIA. *Sexualidad y Reproducción. ¿Qué derechos tiene la población Colombiana?* Colombia, 2015. p.16

3.3 RESPALDO NORMATIVO A LA MUJER, REFERENTE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

Es preciso mencionar cómo “toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos”³⁵. Reconociendo a la mujer como sujeto de derechos, es primordial dar especial atención al momento del parto como evento clínico, por lo que se precisa la garantía de servicios de salud con calidad, hecho que obliga a los estados a ofrecer a todas las mujeres atención sanitaria con altos estándares.

Por lo descrito, en este inciso se da a conocer la normatividad internacional y nacional que respalda las condiciones de respeto y justicia para los seres humanos, en especial las de la mujer y el recién nacido en la atención del parto. Se presentan diversos lineamientos incluidos en declaraciones, convenios y pactos y que son pertinentes al objeto de estudio.

El modelo biomédico cobra importancia para este punto en tanto soporta algunas acciones para la atención en salud que requieren las mujeres durante su parto desde el sistema institucional de cada país. En países como Venezuela en el año 2007 se define y reconoce por primera vez este tipo de violencia, desde la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia presentándola como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus

³⁵ ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. 1994 CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Washington [En línea] Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Belem_do_Para.pdf

cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”³⁶

En el texto de la mencionada Ley se consideran como acciones que incurren en violencia obstétrica las siguientes: omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.³⁷

De otro lado, Argentina desde la Ley Nacional 26.485 de 2009 y México con la Ley 235 en 2008 se unen a la tarea de visibilizar estos modos de vulneración de los derechos humanos que hasta ahora eran invisibles, contribuyendo a su prevención, atención, sanción y erradicación. Esto en consonancia con lo dictado en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra La Mujer "CONVENCION DE BELÉM DO PARA" en cuyo enunciado se anota “el derecho a que se respete su vida; a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a la libertad y a la seguridad personales; a no ser sometida a torturas; derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; igualdad de protección ante la Ley y de la Ley; el derecho a

³⁶ VENEZUELA. TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.[en línea] Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

³⁷ EL PARTO ES NUESTRO. Definición violencia obstétrica [en línea] [Citado en septiembre de 2016] Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf

un recurso sencillo y rápido ante los Tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos”.³⁸

Una vez conocido el respaldo normativo internacional con el que se cuenta para la sanción a los hechos que vulneren a la mujer durante su parto, se identifica que en Colombia la situación es distinta, en tanto la legislación colombiana no ha dado el reconocimiento legal a la violencia obstétrica.

No obstante, a través de la revisión documental fue posible descubrir un compendio normativo que defiende, promueve y guía el goce efectivo de derechos relacionados con el evento obstétrico en mención y cuyo marco general se da en la Constitución Política de Colombia. A continuación de destacan los enunciados referidos a:

- Derecho a la dignidad humana Art 1
- Derecho a la integridad personal Art 12
- Derecho a una vida libre de violencia Art 42
- Derecho de las mujeres a recibir atención y protección especiales durante el embarazo. Art 43

El primero, alude a la protección a la dignidad humana; incluye las decisiones relacionadas con el proyecto de vida, y dentro de éste la autonomía reproductiva al igual que la prohibición de asignación de roles de género estigmatizantes.

El segundo, se refiere a la garantía de todas las personas a que no se les cause ningún daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico o a un perjuicio a su cuerpo o salud.

El tercero, reconoce que la violencia afecta a todas las personas y a la comunidad en general. En este aparte se observa que hay grupos de personas que se ven

³⁸ Ibíd.

más expuestos y son aquellos víctimas por razones de género o sexo. Esta violencia se puede manifestar de cualquier manera y puede ocurrir en diferentes espacios causando sufrimientos de tipo físico, psicológico, sexual, económico o patrimonial. Aquí el Estado tiene la responsabilidad de prevenir, proteger, restablecer y garantizar los derechos de las víctimas con un enfoque diferencial e integral que aborde todos los aspectos de la salud física, mental y social.

Finalmente el cuarto, menciona “la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.”³⁹ De manera que se entiende la obligación del Estado para la garantía de que las mujeres en el embarazo y posterior al parto reciban asistencia y protección incluso si deciden interrumpirlo.

En resumen, estos derechos apuntan al goce de autonomía, libertad de decisión y sobre todo al respeto, dejando de lado prejuicios y acciones que causen daño alguno a la persona.

Igualmente, desde la intencionalidad de esta investigación, se tiene en cuenta lo desarrollado en el Plan Decenal de Salud desde la “Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos” dado que la misma define lineamientos para “promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.”⁴⁰

³⁹ COLOMBIA. Constitución Política. Artículo 43. (1991) Por la cual se dictan normas de orden constitucional que rigen el Estado de Derecho. Bogotá D.C. [en línea] Disponible en: www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-43

⁴⁰ *Ibíd.* P 21

Para dar cumplimiento a lo normado en el Plan anterior se aborda en forma integral a la mujer antes, durante y después del evento obstétrico, intención que se maneja desde:

- a) El empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico, y de sus hijos e hijas.
- b) Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, y prestadores de servicios, para eliminar barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de servicios integrales, que incluya aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutive de las IPS y sistema de referencia y contrarreferencia efectivo que garantice los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- c) Vigilancia en salud pública: incluye la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas; así como el fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE, embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.
- d) Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico.
- e) Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud: implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

Las anteriores acciones apuntan a brindar servicios de calidad en la atención sanitaria a las mujeres respecto al ejercicio de su sexualidad y sobretodo da lugar al enfoque de humanización de los servicios de salud.

En la ciudad de Santafé de Bogotá se proponen acciones en materia de mejora de la atención de las mujeres, del recién nacido y de su familia en el proceso reproductivo, trabajando desde el fortalecimiento de las acciones promocionales y asistenciales, a nivel institucional, que garanticen la implementación del concepto del nacimiento humanizado⁴¹. Para esto existe el “Lineamiento de Nacimiento Humanizado” propuesto por el Hospital Meissen que guía el abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

En relación con Bucaramanga, siguiendo lo previsto en el Plan Decenal se da compromiso de trabajar desde el área institucional en Salud a fin de brindar mayor bienestar a la población. Es preciso exaltar la labor de la Fundación Camino Claro, que de alguna forma empieza a incidir en lo asistencial, “al tiempo de participar en escenarios de política pública y/o participación o construcción ciudadana a favor del respeto a los Derechos y la Dignidad Humana de Mujeres, niños, niñas y sus familias”⁴². Esta Fundación realiza labores directamente con la comunidad encaminadas a concienciar y educar sobre la necesidad de ver la procreación, la gestación, el parto, el nacimiento y la crianza como momentos vitales para el bienestar y la transformación social a través de las diferentes vías de comunicación y acción, centrando su labor en la humanización del parto.

⁴¹ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. *Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá*. Colombia: Imprenta distrital, 2015. [en línea] Disponible en: <http://www.hospitalmeissen.gov.co/images/Archivos/LineamientoNacimientoHumanizado>

⁴² FUNDACION CAMINO CLARO. Propósitos Generales a corto, mediano y largo plazo. [en línea] [citado en julio de 2016] Disponible en: <http://fundacioncaminocla.wixsite.com/fccong>

3.4 ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El derecho a la salud, se ubica como uno de los derechos más importantes para la población en general, pues alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁴³ e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, así como el acceso a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo el derecho.

Cuando se hace referencia a la atención humanizada en los servicios de salud, se está especificando el trato de calidad que debe recibir cualquier persona como usuaria de una institución médica. Esta atención debe caracterizarse “por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores.”⁴⁴

Bajo este concepto se reconoce la teoría expuesta por Jean Watson sobre el cuidado humano, ya que centra su postulado en el área de la salud haciendo referencia al cuidado que se debe brindar a la persona como usuaria de los servicios médicos. Para entenderla es preciso exponer dos de sus dimensiones, “una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la

⁴³ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra :2000 <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

⁴⁴ MORENO FERGUSSON, María Elisa, Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería Aquichan [en línea] 2013, 13 (Mayo-Agosto) [citado octubre de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688006>> ISSN 1657-5997

moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar”⁴⁵. En otras palabras, cada una de estas dimensiones da pautas para el manejo de los pacientes por parte del personal médico, visibilizando dos aspectos claves para la atención en salud, como son el rescate y respeto por las prácticas culturales o costumbres de la persona, como también la moral lo que lleva a reevaluar el accionar del personal en su trato hacia el paciente. Su propósito implica entender el cuidado de forma más amplia, pues como expresa Watson “el cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.”⁴⁶

Conforme a lo señalado, la teoría del cuidado cobra importancia, pues centra su atención en las necesidades humanas, sociales e institucionales como también aquello particular del contexto como son las prácticas culturales, propendiendo de esta forma por la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Bajo estos términos, el cuidado como relación interpersonal de los profesionales en salud hacia el paciente busca el desarrollo de su potencial, en tanto lo reconoce como sujeto participante, que no solo escucha y sigue instrucciones sino que comenta su punto de vista, expresando su querer y sentir.

En este punto, es posible visualizar el trato que se le da al paciente desde el ámbito psicosocial identificando factores que inciden en el cuidado como las prácticas culturales, la época, el lugar y las necesidades propias del individuo. Por tanto esta teoría aporta una nueva forma de concebir el cuidado a medida que valora los aspectos particulares de la persona y la situación que vive.

⁴⁵ URRÁ M, Eugenia; JANA A, Alejandra y GARCÍA V, Marcela. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Cienc. enferm.* [online]. 2011, vol.17, n.3 [citado 2016-09-25], pp.11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

⁴⁶ *Ibíd.*

Es claro que el trato humanizado y la teoría del cuidado como dinámicas favorables en la atención en salud puede ser parte de la atención clínica y bajo éstas ubicar el parto humanizado como referente del trato brindado a la mujer en ocasión al momento del nacimiento de su hijo o hija.

Buscar un término específico de parto humanizado no fue sencillo, pues varias fuentes de información lo definen mediante una serie de recomendaciones sobre el tipo de atención que deben recibir las mujeres parturientas en el momento del parto. En estas circunstancias definiciones como la que hace el Ministerio de Salud Argentina resalta “el término "parto respetado" o "parto humanizado" como aquel que hace referencia a una modalidad de atención del parto, caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.”⁴⁷

En este sentido, lo que se busca es una atención más humana, que aprecie y respete las necesidades propias de la mujer y su bebe. A la vez que la reconoce como sujeto de derechos y principal participante de tal evento, con voz y voto, posibilitando un parto de calidad. Esto en consonancia al enfoque de derechos cuyo fin es permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

⁴⁷ ARGENTINA. MINISTERIO DE LA SALUD. *Ley del parto respetado*. Por la cual se dictan los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. 2016. [en línea] Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Acorde con los objetivos propuestos, el tipo de investigación que orientó este proyecto fue el cualitativo, que desde sus principios epistemológicos busca “conocer el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan un fenómeno y comprender la realidad social mediante la significación y las relaciones en su estructura dinámica”⁴⁸. En otras palabras la investigación cualitativa a diferencia de la cuantitativa brinda un acercamiento directo con la población, donde los participantes expresan con sus propias palabras las situaciones vividas, lo que permite describir la realidad desde la experiencia propia del sujeto.

La perspectiva fenomenológica centra su atención en los individuos, reivindicando la subjetividad como fuente de conocimiento. De ahí que se tome la fenomenología⁴⁹ como guía de análisis e interpretación de datos en la medida que busca comprender desde la experiencia misma lo que se revela en ella, no desde una actitud meramente interpretativa, que busque la coherencia interna del texto analizado, sino que aboga por un respeto pleno del relato que hace el hablante, donde expresa la forma como él ha vivido lo que ha vivido.

La fenomenología, se encuentra regida por unos principios; los cuales están basados en la intencionalidad de la conciencia, donde los comportamientos siempre van dirigidos hacia alguna cosa del mundo y el mundo puede ser considerado como un fenómeno. Es importante no crear juicios acerca de lo que

⁴⁸ PARRA, María. *Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales*. Chile: 2005. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_m/sources/parra_m.pdf

⁴⁹ ARISTIZABAL BOTERO, Carlos. *Teoría y metodología de la investigación*. Guía didáctica y modulo: Fundación universitaria Luis amigo. 2008. Disponible en: <http://es.slideshare.net/javierdanilo1/teoria-y-metodologia-de-la-investigacion-carlos-andrs-botero>

es real, hasta aproximarse un poco más a ellos a través de la intersubjetividad. Así mismo, la conciencia y objeto no son entidades separadas, sino que están correlacionadas y el objeto de conocimiento para la fenomenología no es el sujeto ni el mundo, sino el mundo vivido por el sujeto.⁵⁰

Esta perspectiva, permitió en la investigación una exploración desde los diferentes puntos de vista del fenómeno, teniendo un mejor acercamiento a la situación problema y conociendo desde el sujeto, los significados que este le atribuye.

De esta manera, para entender e interpretar el fenómeno de la violencia obstétrica se hizo una aproximación desde las subjetividades propias de cada mujer a las prácticas sociales del sector salud que inciden en la violencia obstétrica.

Para seleccionar a las participantes en el estudio se tuvieron en cuenta aquellas mujeres que hubiesen tenido la experiencia de parto en un tiempo inferior a dos años, por lo que sus hijos están en la edad de cero a dos años. Igualmente fue requisito pertenecer al Régimen Subsidiado del Sistema de Salud en Colombia y que el evento obstétrico (parto) hubiese sido atendido en la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita o el Hospital del Norte, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter público. De la aplicabilidad de los criterios se obtuvo una base de dieciséis (16) mujeres con edades entre 19 y 42 años, pertenecientes al casco urbano de Bucaramanga de estrato uno y dos, quienes al momento del estudio eran usuarias de los servicios de urgencias pediátricas ofrecidos por la Unidad Intermedia Santa Teresita, (UIMIST), y cumplían con los criterios de selección.

Al establecer el diálogo con cada mujer se conoció que diez (10) de las madres entrevistadas, comentaron que durante su parto vivenciaron algunas de las

⁵⁰ PEREIRA, Oscar. Ensayo sobre el método Fenomenológico. Investigación en las Ciencias Sociales. Venezuela: 2013. Disponible en: <http://es.calameo.com/read/002879851c5b2e8fa0397>

prácticas asistenciales y sociales que constituyen violencia obstétrica, factor que fue decisivo para su participación en el estudio. Cada testimonio revelado fue la respuesta a una guía de entrevista semiestructurada; Bonilla & Rodríguez afirman que esta guía procura un marco de referencia a partir del cual se plantean los temas pertinentes al estudio, permite ir ponderando que tanta más información se necesita para profundizar un asunto y posibilita un proceso de recolección sistemático y por lo tanto un mejor manejo de la información.⁵¹

La entrevista (Anexo 1) tuvo una duración de veinte a treinta minutos, y en el desarrollo de la misma cada madre hizo un recuento de lo vivido en la IPS al momento de la atención. Lo anterior fue posible a través de los ejes de conversación, los cuales se establecieron acorde a las categorías deductivas. Es preciso mencionar que la obtención de los testimonios fue con previo consentimiento informado, permitiendo grabar cada uno para su posterior transcripción.

Tabla 3. Categorías Deductivas

CATEGORIA DEDUCTIVA	DESCRIPCIÓN
Procedimientos asistenciales	Hace referencia a la realización de prácticas invasivas, irrespeto por los tiempos y posibilidades del parto biológico y la medicalización no justificada hacia la parturienta o la persona por nacer. ⁵²
Experiencia de parto	El parto es un proceso fisiológico natural que sucede entre la semana treinta y siete y cuarenta y dos de gestación. Así mismo, es una experiencia profunda y única de las mujeres. ⁵³
Modelo biomédico	El cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la

⁵¹ BONILLA, Elssi y RODRIGUEZ, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Colombia: Grupo editorial norma, 1995. P. 162

⁵² *Ibíd.* 22

⁵³ *Ibíd.* P.16

CATEGORIA DEDUCTIVA	DESCRIPCIÓN
	<p>enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica entonces es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Aquí se considera la cultura como una variable a no tomar en cuenta por la medicina, pues esta ciencia está por encima de las distintas realidades culturales en el proceso de salud enfermedad.⁵⁴</p>

Se organizó la información recolectada en categorías de análisis, desde el proceso de categorización inductiva y codificación que propone Bonilla y Rodríguez⁵⁵, que consiste en fraccionar la información en subconjuntos y asignarles un nombre o código. A partir de la lectura detallada de lo expresado por cada mujer participante, se identifican una serie de datos que se hacen relevantes para el objeto de análisis. Realizada la transcripción de cada testimonio, manualmente se subrayan apartes de los mismos con color para después según su contenido agruparlos en categorías que visibilizan aspectos relevantes del tema en estudio.

Por lo tanto se establece una matriz categorial en la que partiendo de las categorías deductivas, se identifican las categorías inductivas; las primeras son reflejo de la teoría y de la investigación, mientras que lo inductivo fue resultado de los relatos compartidos desde la experiencia de cada una de las mujeres participantes. (Anexo 2)

A cada una de las mujeres participantes se asignó un seudónimo y un código en forma alfa-numérica propiciando su fácil identificación así: El tipo de parto vivido, como natural (MPN) o cesárea (MPC), seguido de un número consecutivo; esto configura los códigos que se muestran en la siguiente Tabla.

⁵⁴ Ibíd. P. 18

⁵⁵ Ibíd. P. 40

Tabla 4. Estructura de códigos asignados a las participantes

Código	Seudónimo	Edad de la mujer	Edad del hijo (a)
MPN1	Laura	19 años	5 meses
MPN2	Camila	27 años	2 años
MPN3	Lorena	25 años	1 año
MPC4	Liliana	36 años	1 año
MPC5	Tatiana	30 años	9 meses
MPC6	Lucia	27 años	24 días
MPN7	Mayerli	20 años	9 días
MPN8	Rosa	26 años	2 años
MPC9	Esperanza	23 años	1 año
MPN10	Mariana	26 años	9 meses

De lo expresado por las participantes y luego de una reducción de datos, surgieron cinco categorías. La primera relacionada con los **procedimientos asistenciales**, hace referencia a las prácticas invasivas para acelerar el nacimiento del bebé, tales como: Maniobra kristeller⁵⁶, la episiotomía⁵⁷ de rutina y tacto⁵⁸ por más de una persona.

La segunda denominada, **“rutas de manejo en la atención al usuario”**, comprende los procedimientos administrativos del sector salud que son implementados como requisito para la atención de los pacientes y entre los cuales se destacan el consentimiento informado⁵⁹, el acceso a la información, la atención oportuna y la disponibilidad de los recursos físicos de la institución.

⁵⁶ Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos»: Disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/kristeller_revison-evidencias.pdf

⁵⁷ Quevedo (2012) describe: la episiotomía es una incisión quirúrgica siendo recomendado por la OMS el no uso sistemático de la misma, y considerada por Según Mardsen Wagner como una mutilación genital.

⁵⁸ Prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano del personal de salud, se utiliza para conocer la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino y el descenso y rotación de la cabeza fetal: <http://salud.ccm.net/faq/24108-tacto-vaginal>.

⁵⁹ Quevedo (2012) El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho de toda persona a decidir sobre la propia salud y el propio

La tercera categoría nombrada como **“complicaciones obstétricas”**, agrupa aquellos eventos inesperados durante el proceso de gestación, que se dan debido a cambios o problemas en el organismo de la madre y que inciden en el tipo de parto.

La cuarta categoría relacionada con el **“trato del equipo profesional en salud”**, agrupa las situaciones vinculadas al trato físico y verbal que brinda el personal médico y paramédico a las mujeres parturientas.

La quinta categoría, **“apropiación del cuerpo de la mujer por el personal médico”**, considera la actuación del profesional que se legitima desde sus conocimientos científicos, de manera que es quien tiene el control del parto sin considerar la opinión de la mujer.

Finalmente, se desarrolló la etapa de análisis de la información y producción de resultados donde acorde con los referentes teóricos se pasan a interpretar los hallazgos y posteriormente a establecer las conclusiones.

cuerpo. El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho de toda persona a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Como se ha expuesto, para el análisis e interpretación de los datos, los testimonios de las mujeres se agruparon según categorías que surgieron de las relaciones entre los elementos claves de la investigación. Estas categorías son:

- **Procedimientos asistenciales**

Existen técnicas para inducir el parto y con ellas métodos que se llevan a cabo por los profesionales de salud, para acelerar el nacimiento del bebé. Estos procedimientos asistenciales se enmarcan en protocolos clínicos que en la mayoría de países están normalizados.

En Colombia, el Ministerio de Salud ha desarrollado la norma técnica para la atención del parto y la define como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato”.⁶⁰

Si bien es cierto los profesionales de salud utilizan técnicas para inducir el trabajo de parto y el parto en sí mismo, las mujeres participantes expresaron que durante este momento se sintieron maltratadas porque vivenciaron maniobras físicas por parte de personal médico y paramédico para apresurar el nacimiento del bebé que les causaron malestar durante el posparto. Mariana relata:

⁶⁰COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto. [en línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

“Fue un poquito complicado porque me unieron y si dolió bastante pero al principio fue normal... Pero luego, me cortaron bastante para que él bebé pudiera nacer porque yo estaba cerrada. Uno del dolor quiere que salga lo más rápido posible y no se da cuenta”⁶¹

“Me cortaron bastante para que él bebé pudiera nacer, desde la vagina hasta el ano.”⁶²

A lo anterior se unen diferentes relatos de inconformidad, frente a procedimientos como la episiotomía. Tal es el caso de Mayerli, quien contó:

“Cuando iba entrando a la sala de parto, yo dije que no quería que me cortaran, pero sin mi autorización, lo hicieron (...)”⁶³

En relación con los procedimientos asistenciales, otro de los casos revelados fue el rompimiento de “la bolsa” de una manera artificial por parte del profesional de la salud. Esta maniobra es conocida como “rotura de aguas”, expresión usada cuando la bolsa amniótica no se rompe en forma natural.

Mariana manifestó, cómo la ruptura de la bolsa fue temprana:

(...) todavía faltaba para que él bebe naciera. Pero me dijeron que tenían que romper la bolsa.”⁶⁴

Otra de las participantes identificada como Camila, cuenta que durante el parto le hicieron la “maniobra de kristeller” para acelerar el nacimiento de su hijo:

⁶¹ ENTREVISTA con MPN10, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁶² *Ibíd.*

⁶³ ENTREVISTA con MPN7, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁶⁴ ENTREVISTA con MPN10, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

“La enfermera me espichaban acá en el estómago y luego con el doctor. La enfermera se colocó de un lado, el doctor del otro, se agarraron y me pusieron los codos y se apoyaron en mi estómago, dejándome maltratada. Duré como cuatro días con este dolor, pensé que no se me iba a retirar”⁶⁵

De otro lado, Rosa declara la intervención recurrente de profesionales de la salud sobre su cuerpo, al permitir que diferentes estudiantes practicantes de medicina realizaran el tacto vaginal.

“(…) Lo que no me gustó es que había dos muchachos, creo que eran los practicantes y me hicieron el tacto. Me sentí incomoda”⁶⁶

Laura relata que al momento del trabajo de parto se sintió sujeta a las órdenes del personal paramédico.

“Lo que me decía la enfermera era que no pujara porque no estaba la doctora; pero yo no me aguantaba.”⁶⁷

Igualmente, informa que a pesar de que estaba teniendo las contracciones en el tiempo indicado, el personal médico decidió inyectarle medicamentos para inducir a que el nacimiento del bebé fuera más rápido.

“Estaba teniendo las contracciones como eran y aun así me aplicaron un medicamento, disque para ayudarme (…)”⁶⁸

⁶⁵ ENTREVISTA con MPN2, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁶⁶ ENTREVISTA con MPN8, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁶⁷ ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁶⁸ ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

Por otro lado se destaca que a algunas de las mujeres les fue impuesta la posición que debían optar en el momento de parir, tal como les sucedió a Tatiana y a Lorena quienes relatan:

*“Estaba acostada (...) siempre con las piernas abiertas (...) en la misma posición (...) pues el doctor dijo que me quedara así...”*⁶⁹

*“Me subieron a la camilla y sólo me dijeron que abriera las piernas (...)”*⁷⁰

- **Rutas de manejo en la atención al usuario**

Esta categoría, agrupa los testimonios referidos a los procesos y procedimientos administrativos que deben cumplir las usuarias para la atención del parto. Aun cuando el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia prevé el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”⁷¹ fue común encontrar relatos donde las mujeres coincidieron sobre las demoras en la atención y falta de equipos y elementos básicos para la misma, afectando y poniendo en riesgo la salud y la vida de las pacientes.

Laura narra:

*“Yo venía con contracciones y lo que pasaba era que aquí, no me daban camilla”*⁷²

⁶⁹ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁰ ENTREVISTA con MPN3, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. *Política de atención integral en salud*. 2016. Bogotá. [En línea] [Citado octubre de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

⁷² ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

Para las mujeres entrevistadas la experiencia del parto fue difícil y se hace más complicada cuando los servicios de salud, no satisfacen las necesidades individuales y de la familia al no garantizar sus derechos en materia de atención integral, como lo cuenta Lorena:

“(…) Cuando iba a tener el niño se me subió la tensión. Cuando me llevaron a piso me coloqué muy mal y tenían que bajarme para tratamiento, pero se demoraron mucho y me sentía muy mal”⁷³

Para las parturientas, el no contar con una atención oportuna, impide que existan condiciones favorables para su recuperación, tal como lo relata Liliana:

“Durante el parto me sentí bien, lo malo fue que me tuvieron en el pasillo, me sacaron del quirófano a medio día y como no había cama, me tuve que esperar ahí. Luego se me subió la tensión, por el mismo dolor, yo creo. Y hasta las ocho de la noche me pasaron a la habitación”.⁷⁴

En su mayoría, las mujeres durante el parto, tienen sentimientos de angustia y de inseguridad ante todos los procedimientos a los cuales son sometidas. Esta situación queda en evidencia en los testimonios de Liliana y Esperanza:

“No entendía lo que me hacían y no me decían nada. Me colocaban aparatos y ya (...)”⁷⁵

“Habían varias personas, en la sala de parto. Me aplicaban algo en el suero y decían que dormiría”⁷⁶

⁷³ ENTREVISTA con MPN3, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁴ ENTREVISTA con MPC4, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁵ ENTREVISTA con MPC4, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁶ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

De acuerdo con lo expresado por las mujeres durante la experiencia de parto, algunos de los procesos no son informados y por esta razón se sienten confundidas y sorprendidas durante los procedimientos que se llevan a cabo como le sucedió a Tatiana quién manifestó:

“Pues yo estaba dispuesta a que el parto fuera natural pero por lo del chikungunya se decidió así”⁷⁷

Por otro lado, se dan casos como el de Esperanza, que aunque estuvo pendiente de las últimas semanas de gestación y asistió oportunamente a la atención programada, su tipo de parto fue diferente al esperado:

La cesárea no fue planeada, se supone que iba a tener parto normal y alcancé a tener las 40 semanas duré 4 días con dolores y que esperara y esperara y eso si ya me estaba preocupando pues esos cuatro días vine en noche y día casi siempre me mandaban, me devolvían, me devolvían. Cuando ya vine la última noche porque dije ya esta cuarta no me la aguanto.⁷⁸

- **Complicaciones obstétricas**

Dentro de las complicaciones obstétricas, la Organización Mundial de la Salud⁷⁹ señala como las más comunes: las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo. Entre los factores vinculados a esta situación se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente

⁷⁷ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁸ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁷⁹ PEÑA, Emiliana y MARTÍNEZ, Maritza. *Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia*. República Dominicana. Ciencia y Sociedad, 2005. [En línea] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87014544005.pdf>

exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida.

De las mujeres entrevistadas que experimentaron el parto como evento obstétrico algunas manifestaron que la decisión sobre el tipo de parto que tuvieron no fue de su preferencia, pues ésta estuvo sujeta a los hechos o circunstancias que se originaron durante la gestación o se presentaron en última instancia; condiciones que influyeron de manera determinante en el procedimiento de parto a realizar, siendo la cesárea la mejor opción para el nacimiento del bebé.

Tatiana, expone lo vivenciado:

*“eso me pareció un poquito malo porque pues yo realmente no tenía ni dolores ni iba con contracciones ni era el tiempo todavía. Sino que a mí me dio fue el chikungunya, hace como más de un mes y siempre que iba a control o al médico yo le decía que me dolían muchísimo las manos, los pies, que estaba muy hinchada, ellos decían que eso era normal por el embarazo, que no sé qué. Entonces ese día ya me dio fiebre y me brote, entonces volví y fui al médico, entonces me entraron dizque a sala de parto dizque hacerme el tacto, que no que estaba cerrada, yo le dije pero es que yo no estoy con dolores yo no tengo nada, simplemente estoy brotada y tengo fiebre...”*⁸⁰

El anterior caso tuvo como resultado una cesárea inmediata, dejando ver como razón de esta práctica un virus cuyo desarrollo incurre en la afectación de la madre y sino tiene el correcto tratamiento, en la vida del feto.

⁸⁰ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

Así mismo, se presenta el caso de Lucía cuya complicación obstétrica se identifica en las semanas finales de gestación:

*“...me decían que tenía el cordón umbilical en el cuello. Entonces tuvieron que trasladarme a urgencias para el norte para poder hacerme cesárea. Yo no sé qué paso porque todas las ecografías estaban bien eso fue a último momento que se complicó”.*⁸¹

Esta situación se configura como la “vuelta del cordón umbilical en el cuello del feto, también llamada circular de cordón, la cual es considerada como una seria complicación en el embarazo”⁸² que puede detectarse durante la gestación del feto a través de las ecografías o presentarse hasta el momento de parto como el caso de la participante. Aquí aunque la mujer suponía tener un parto natural⁸³ dada la confianza que le producían los controles realizados, fue la complejidad de la situación a último momento la que determinó el nacimiento por cesárea.

- **Trato del equipo profesional en salud**

Según lo expresan las mujeres, en el desarrollo de su parto se vieron enfrentadas a comentarios y tratos incómodos por parte del personal en salud. Rosa vivenció una situación que le produjo indignación por un comentario hecho por personal de la salud:

⁸¹ ENTREVISTA con MPC6, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁸² BASTIDA, Armando. *La vuelta de cordón umbilical en el cuello del feto*. 2009. [En línea] Disponible en <http://www.bebesymas.com/embarazo/la-vuelta-de-cordon-umbilical-en-el-cuello-del-feto>

⁸³ A razón de que la UIMIST como primera instancia a la que acudió maneja únicamente este tipo de parto, cuando es preciso cesáreas la mujer es remitida al Hospital Local del Norte.

*“..., imagínese estaba como en 3 de dilatación, no me aguantaba, y entonces me dijeron: como para hacerlo si no le dolió, entonces uno se siente mal que le digan a uno eso”.*⁸⁴

Esperanza, otra de las participantes del estudio expuso su incomodidad respecto al trato verbal que recibió, comentando:

*“sí me sentí incómoda fue cuando una doctora me cambió me puso el pañal y ella me decía que levantara la cola y ese momento obviamente tenía todo dormido y tenía mucho dolor y ella decía que ella no se iba a joder la espalda por alzarme a mí y yo tenía que levantarme sola para poder ponerme el pañal”*⁸⁵.

En este panorama, fue evidente los tratos verbales incómodos e irrespetuosos que vivieron las mujeres por parte del profesional en salud. Estas situaciones son de destacar, pues para el estudio en cuestión no se dieron hechos de maltrato físico hacia la mujer⁸⁶, tales como golpes a la panza, apretones o pellizcos a la embarazada, actos de violencia que en otros países han llegado a presentarse. De forma que estos hechos no sólo pueden lastimarla sino también poner en grave peligro al bebé que no ha nacido.

- **Apropiación del cuerpo de la mujer por el personal médico**

La institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su embarazo, en el momento del parto incluso durante el

⁸⁴ ENTREVISTA con MPN8, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁸⁵ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁸⁶ MARCH OF DIMES FOUNDATION. *El abuso durante el embarazo*. 2008. [en línea]. Disponible en <http://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/el-abuso-durante-el-embarazo.aspx>

puerperio, el lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional⁸⁷.

Tatiana relata su experiencia como el momento del tacto, hecho que antecedió una cesárea.

Entonces ese día ya me dio fiebre y me broté entonces volví y fui al médico, entonces me entraron disque a sala de parto disque hacerme el tacto, que no que estaba cerrada, yo le dije pero es que yo no estoy con dolores yo no tengo nada, simplemente estoy brotada y tengo fiebre...”⁸⁸

Por otro lado, cuando las mujeres expresan estar preparadas para iniciar el parto, el proceso no inicia hasta que el profesional decida, tal como lo vivió Mariana:

“Me acuerdo tanto que una enfermera me decía, no puje, no puje, y yo con ganas de pujar, pues la verdad yo pujé, porque la verdad que más hacía.”⁸⁹

Es visto, una vez más cómo la participación de la parturienta en el momento obstétrico está sujeta a los esquemas médicos, donde se espera que la mujer obedezca a las indicaciones del personal de salud, dejando de lado su sentir y las necesidades propias de su cuerpo, siendo notorio la asimetría de poderes que existe en la atención del parto a nivel institucional.

⁸⁷ *Ibíd.* P. 24

⁸⁸ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

⁸⁹ ENTREVISTA con MPN10, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

6. DISCUSION Y ANALISIS

En Colombia como en otros países el Sistema de Salud fundamenta su accionar en el modelo biomédico bajo el cual existe “un tratamiento para todo, incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto que son atendidos como patologías, y que por tanto deben ser supervisados y tratados por personal sanitario.”⁹⁰

Durante la experiencia de parto se da una relación en la que se vulneran derechos de las mujeres, pues su capacidad de decisión queda a disposición de los actores del equipo de salud, quienes convierten a la parturienta en un objeto de control. A través de los testimonios de las mujeres entrevistadas, se identificó la existencia de procedimientos y acciones guiadas por personal de salud que limitan la autonomía de la mujer y ponen en riesgo su vida y la del bebé.

Reconocer si estas acciones son violencia obstétrica y como tal constituyen vulneración de los derechos de las mujeres fue posible en la medida que se abordó el significado de la misma:

“...tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en

⁹⁰ COBO GUTIERREZ, Carla. La violencia obstétrica. Trabajo de grado de enfermería.2016 [en línea] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=1>

*múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.*⁹¹

Es claro que actuaciones del personal médico y paramédico que se enmarcan en el seguimiento de guías de manejo clínico, revelan la existencia de prácticas asistenciales y sociales en la atención del parto que se constituyen en factores de violencia obstétrica.

Al analizar la información recolectada en el presente estudio, se hizo evidente la realización de procedimientos para inducir el parto que obvian el proceso natural de la madre hasta llegar a la “tecnificación” de la atención, sustentada en el actual modelo biomédico que legitima desde los avances científicos y tecnológicos de la medicina, todas las acciones que apuntan a disminuir la mortalidad materna infantil durante el parto.

En los testimonios recolectados a las mujeres usuarias de la UIMIST, se identificaron acciones tales como: el examen vaginal realizado por más de una persona, uso de medicamentos, rotura artificial de la bolsa de aguas, maniobra de kristeller, fórceps y episiotomía, procedimientos asistenciales que aunque son considerados como violencia obstétrica, son aceptados por las mujeres quienes sienten el conocimiento médico como el valedero, sin cuestionar los motivos para la realización de los mismos. Estos procedimientos son guiados y ordenados bajo el modelo biomédico que patologiza el proceso reproductivo natural y biológico de la mujer.

⁹¹ BELLI, Laura. *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*: Revista red bioética/Unesco. Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013 [en línea] Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

Figura 2 La mujer frente a los procedimientos asistenciales



Es así como que se prefieren seguir los protocolos establecidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para evitar riesgos en la salud de la mujer y el neonato, y bajo los cuales se da cumplimiento a lo ordenado por el Ministerio de Salud, entidad que ha expedido la “Norma Técnica para la atención del parto” cuyo objetivo consiste en “disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto”⁹²

Es importante reconocer que las intervenciones que hace el personal médico a partir de lo estipulado en esta norma para la aceleración del parto, no son del todo recomendables por la OMS, pues la madre como él bebe se exponen a sufrir infecciones, secuelas o incluso la muerte. Por ello, los procedimientos que

⁹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto. [en línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

inducen la aceleración del parto deben ser el último recurso que utilicen los profesionales de la salud.

En relación con la atención recibida, las mujeres dieron a conocer la existencia de fallas desde el mismo recurso físico y material de la institución, en tanto se presenta el momento que no hay disponibilidad de enseres propios de los servicios hospitalarios como camillas, y las madres en trabajo de parto se ven obligadas a compartir locación con las demás usuarias, aspecto que limita condiciones de comodidad y privacidad. Este hecho ahonda la vulneración de los derechos del paciente y en particular de la mujer parturienta referidos a la atención y protección en salud, pues no se brindan las condiciones necesarias para el bienestar del binomio madre e hijo.

Situaciones como la descrita exige revisar la normatividad vigente en el Sistema de Seguridad Social en Salud en cuanto a la garantía de la calidad en la atención cuyo derecho es reconocido en la Constitución Política de Colombia que establece en su artículo 48:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.⁹³

Lo señalado se dirige a garantizar a la población colombiana el derecho irrenunciable de la seguridad social bajo principios de eficiencia, suficiencia e integralidad. Sin embargo en la realidad esto no ocurre pues la prestación de servicios se ve afectada por diversas situaciones como lo son fallas en

⁹³ COLOMBIA. Constitución Política. Artículo 48. (1991) Por la cual se dictan normas de orden constitucional que rigen el Estado de Derecho. Bogotá D.C.

infraestructura, dotación de equipos, tecnología y desarrollo de procesos asistenciales entre otros, que ponen en riesgo la salud y la vida de los pacientes.

Unido a lo anterior, los testimonios de las mujeres participantes revelaron que la información sobre los procedimientos que ejecutan sobre su cuerpo el personal médico y paramédico es nula, por cuanto se omitió el hecho de dar a conocer oportunamente los mismos. Si bien es cierto “no siempre ha sido una obligación del médico informar al paciente sobre su condición y sobre los procedimientos que, de acuerdo con los avances científicos y su concepto (*lex artis*), el profesional estima necesarios para ayudarle a recuperar la salud o por lo menos para obtener mejoría o alivio para su sufrimiento”⁹⁴ este hecho demuestra incumplimiento de las rutas de atención propias del Sistema de Seguridad Social en Salud, donde informar al paciente y llevar a cabo el consentimiento informado, son elementos claves para la atención con calidad.

En cuanto a los hechos o situaciones fortuitas que incidieron en el desenlace del parto, es preciso señalar que durante el embarazo, antes y durante el parto y puerperio “cualquier condición o circunstancia que suceda debe ser considerada, en principio, una complicación de ese período, a menos que en la historia clínica se establezca que tal condición no ha afectado al embarazo o al tratamiento que la paciente ha recibido”⁹⁵.

Dentro de las circunstancias que rodearon los partos señalados como “complicados”, la cesárea fue el procedimiento terapéutico que se siguió común y este tipo de parto no era contemplado en primer momento por las mujeres a quienes se les llevó a cabo, este hecho produjo en ellas inconformidad y confusión

⁹⁴ MALDONADO, Olga. Consentimiento informado. 2007. [en línea] Disponible en: <chrome-extension://gbkeegbaiigmenfmjfcldgdpimamgkj/views/app.html>

⁹⁵ ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *complicaciones del embarazo, parto y puerperio*
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n23_05.pdf

pues fueron dirigidas inmediatamente al quirófano, sin recibir la información de manera oportuna. Es cierto que al presentar una complicación el profesional es quien debe encargarse de atender el parto, pero no por esto debe dar nulidad a la voz de la mujer. “Sólo se constituye el consentimiento informado cuando el paciente, con fundamento en su autonomía, decide si se somete o no a una determinada intervención quirúrgica o terapéutica. Este derecho que tiene el paciente frente al deber de informar que tiene el médico ha sido reconocido por la ley, la doctrina y la jurisprudencia. Sólo en ese momento hay consentimiento informado, antes no.”⁹⁶

Es claro que “la realización de la cesárea es una exigencia del derecho a la salud en los casos en que la reclaman las circunstancias del embarazo o parto”⁹⁷ pero es preciso tener presente que “es de común conocimiento que la cesárea, por una parte implica un mayor riesgo y por otra, supone una serie de complicaciones que no son propias del parto natural”.⁹⁸

Con lo hasta ahora expuesto, se identifica la existencia de fallas en la atención en salud que llegan a afectar la integridad y vida de la paciente, situación que llega a configurarse como vulneración de los derechos humanos. La salud en un principio no era un derecho fundamental en Colombia; el mismo “fue reconocido como un derecho autónomo y fundamental por la Corte Constitucional en varias ocasiones, pero fue la Tutela 760 del 2008, la que hizo que fuera totalmente aceptado como derecho fundamental, y como tal, debería ser responsabilidad del Estado todo lo que respecta a su prestación.”⁹⁹

⁹⁶ *Ibíd.*, p.44

⁹⁷ COLOMBIA. SENTENCIA DE UNIFICACION JURISPRUDENCIAL C-2014-0828. Por la cual se presenta reparación del daño a la salud de carácter temporal, liquidación del daño a la salud y medidas de reparación integral frente al trato de la mujer en asunto médico asistencial.

⁹⁸ *Ibíd.*

⁹⁹ MONTOYA URIBE, Ana. Responsabilidad del estado frente a la prestación de los servicios de salud y los actos médicos. 2015. [en línea] Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4069/1/Responsabilidad_Estado_Servicios_Salud.pdf

En Colombia el derecho a la salud se ve menoscabado y aun cuando se cuenta con una amplia gama de normas que se sustentan en el respeto por las mujeres en el área de la salud, tal como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021, se precisa como un país en el que las mujeres se ven enfrentadas a la vulneración de estos derechos.

Fueron comunes las revelaciones de las mujeres que demostraron no reconocer actuaciones del personal médico y paramédico como expresiones de violencia obstétrica, pues aunque las hallan vivenciado, no las asumen como tal y las han naturalizado al ser parte del quehacer clínico. La Institución Prestadora de Servicios de Salud se constituye en un sistema complejo en el cual la “presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, tales como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes (Valenzuela, 1995) que pueden llevar a hechos agresivos o violentos”¹⁰⁰

En definitiva para las mujeres, hay actos que ocurren al interior de las IPS que son considerados como normales. Se destaca el respeto de los roles de los profesionales que las atienden quienes dan especial manejo al evento clínico como llevando a un segundo plano a la mujer. Se une a lo anterior hechos de falta de respeto a la privacidad que se “manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del por qué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas.”¹⁰¹

¹⁰⁰ VALENZUELA, S. (1995). Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas, citado por BURGOS, Mónica y PARAVIC, Tatiana. Violencia hospitalaria en pacientes. 2003. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002

¹⁰¹ BURGOS, Mónica y PARAVIC, Tatiana. Violencia hospitalaria en pacientes. 2003. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002

Lo que las percepciones de las mujeres revelaron ante el trato recibido por el personal médico, fue de normalidad. Sin embargo en el transcurso de los relatos refirieron hechos que las hicieron sentirse incómodas a la vez que generaron algún tipo de maltrato psicológico o secuelas físicas.

Como por ejemplo la posición que es impuesta por el personal de salud para parir, cuando según los estudios de la OMS se ha demostrado que la mejor posición para parir es la que la mujer adopte libremente.

Lo anterior es resultado de la institucionalización del parto, pues desde la antigüedad, se ha visto como el cuerpo de la mujer, ha sido considerado como el medio de procreación humana y el patriarcado lo ha enajenado. Es así, como la atención del parto ha ido cambiando y las mujeres que eran atendidas por comadronas, actualmente reciben los cuidados en el proceso de parto bajo el enfoque del modelo biomédico, que jerarquiza y prioriza los conocimientos del personal médico.

Por otra parte, se debe mencionar que el Ministerio de Salud de Colombia, tiene el interés de garantizar la atención en salud con calidad para las mujeres en especial las gestantes y parturientas, pero en la realidad se presentan falencias desde la actuación del personal de salud, haciendo referencia tanto al profesional médico como al de enfermería.

Obligación del Estado de proteger de manera especial a las mujeres embarazadas o parturientas, y se ha pronunciado sobre la necesidad de garantizar de manera efectiva y prevalente el ejercicio de sus derechos. En suma, por expreso mandato constitucional las mujeres embarazadas y parturientes son sujetos de especial protección constitucional; debido a que tal condición implica el reconocimiento de una situación de extrema vulnerabilidad, el Estado y los

particulares que actúan en su nombre tienen la obligación de brindarles protección y asistencia, así como de garantizar de manera reforzada las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de todos sus derechos.¹⁰²

Conforme a esto, el Estado colombiano sustenta la protección y respeto por la mujer y sus derechos, desde el equipo profesional de salud. Esto tiene como momento preciso el embarazo y parto, donde se debe brindar un trato de calidad a las mujeres.

En efecto, en los testimonios de las mujeres fueron visibles hechos de maltrato psicológico, trato verbal que género una afectación para la mujer, pues expresaron sentirse incómodas. Al respecto cabe acotar lo dictado en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹⁰³, la cual señala que ninguna persona debe ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, sin distinción alguna y cual sea la situación debe respetarse su integridad física, psíquica y moral.

Indiscutiblemente, se hicieron evidentes comentarios por parte del personal de salud hacia la mujer que resultaron ofensivos y los mismos fueron acerca del ejercicio de su sexualidad. Las expresiones que escucharon las afectaron e incómodaron, y se tonaron en un “trato grosero, humillante y discriminatorio”¹⁰⁴, configurándose como un posible factor social de violencia obstétrica. Vale decir que esta actuación ratifica el trato deshumanizado en la atención en salud, lo que

¹⁰² COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Mujer embarazada como sujeto de especial protección. [en línea] Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-088-08.htm>

¹⁰³ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *derecho a la seguridad e integridad personal* [en línea] Disponible en <http://www.cidh.org/countryrep/colombia93sp/cap.6.htm>

¹⁰⁴ AGUIRRE Alejandra, MARTÍNEZ Beatriz, RIVERO Karla, BLANCAS Carmen, BADILLO Saúl, GONZÁLEZ Lourdes y MARZUCA, Juan Manuel. *La atención del parto: poder, derechos, violencia*. Revista Salud Quintana Roo. 2007. Disponible en <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>

reafirma la actuación mecanicista del parto biomédico en tanto no comprende la dimensión psicosocial de la persona e irrespeta las condiciones en las que se encuentra la mujer parturienta.

La OMS hace una recomendación clara sobre el derecho de todas las mujeres a “recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.”¹⁰⁵ El cumplimiento de tal mandato por parte de los profesionales que intervienen en el parto pasa a ser tema de discusión, pues aun con las pautas señaladas, es visto que las mujeres expresan inconformidad ante lo vivido en el momento del parto.

Jean Watson como profesional de la salud distingue la incidencia de las prácticas clínicas y administrativas en la vida de los pacientes, lo que la lleva a enfocarse en la humanización en el cuidado del paciente:

“ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”¹⁰⁶

¹⁰⁵CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA. [en línea] [citado en octubre de 2016] Disponible

en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=0&lang=es

¹⁰⁶ CEBALLOS VASQUEZ, Paula Andrea. DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.1 [citado 2016-09-06], pp.31-35. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.

Lo descrito permite dar otra mirada a la atención en salud, y en relación al parto surge el “parto humanizado” como un evento clínico en el que se da especial atención a la mujer y se le brinda autonomía, evidenciando un control en la medicalización, para evitar las contraindicaciones que estos generan para la mamá o el bebé y complican su salud. Así mismo, dando opción de decisión a la mujer.

En la asistencia al parto no intervenido o humanizado es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial. La idea se basa en el control y preservación del medio ambiente, es decir, del entorno ecológico del feto y de su madre. Buscando en definitiva, “humanizar el acto de dar a luz”, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica¹⁰⁷

Esta forma de realizar el parto, se configura bajo el derecho de decisiones libres sobre su propio cuerpo a medida que brinda condiciones favorables permite a la mujer la expresión de su sentir esto desde un ambiente cómodo y respetado en donde ellas pueden contar con el apoyo de su pareja o de un familiar.

Conforme a esto, desde los principios de respeto, corresponsabilidad, justicia y libertad bajo los cuales se orienta el trabajo social, se comprende la responsabilidad de la profesión garantizando el cumplimiento de los derechos humanos para todos y todas por igual. Por tanto al referenciar el parto humanizado, se permite a la mujer abogar por condiciones favorables para la realización de su parto, apuntando así, al empoderamiento de la mujer en tanto adquiere un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud,

¹⁰⁷HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA [en línea] Disponible en <http://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>

siendo un hecho que incide sobre la autonomía y determinación de la mujer, cuyo fin es el bienestar y calidad de vida del binomio madre-hijo.

7. CONCLUSIONES

La violencia obstétrica aparece como un fenómeno ligado al modelo de atención biomédico presente en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Este modelo desde las prácticas sanitarias muestra un excesivo intervencionismo que se sustenta en el conocimiento científico, lo que valida que al momento del parto se llevan a cabo procedimientos clínicos considerados como rutinarios por el personal médico y paramédico, pero los mismos dejan a un lado las necesidades de las mujeres.

El estudio reveló, cómo la mayoría de las mujeres entrevistadas naturalizan e invisibilizan todos aquellos procedimientos invasivos que ejerce el personal de salud sobre su cuerpo durante el parto. Se halló en los relatos que no existe conocimiento previo de lo que es violencia obstétrica por cuanto este concepto es muy nuevo y desconocido.

Los resultados evidencian que las mujeres legitiman las prácticas sociales y asistenciales que son ejercidas por los profesionales de la salud y son factores de violencia obstétrica. No obstante, las razones que pueden llevar al personal de salud a aplicar procedimientos invasivos en el cuerpo de la mujer es el seguimiento de protocolos de manejo propios del modelo biomédico actual, unido a la falta de información y habilidades para el manejo de la dimensión psicosocial de las usuarias, como también ausencia de un enfoque de humanización en la atención en salud.

En efecto, es conveniente que la formación del personal médico tenga como enfoque el trato humanizado, donde los servicios se lleven a cabo desde principios

éticos como respeto y la escucha activa, propendiendo de esta forma por una atención de calidad.

Cabe destacar que el tipo de parto, no siempre define el hecho que se produzca la violencia obstétrica. Sin embargo, las técnicas que se lleguen a realizar y el tipo de trato que se brinde a las mujeres durante la realización de éste, es lo que lo define como escenario de vulneración de derechos de las mujeres.

Por otra parte, desde lo referido a calidad de atención es importante señalar que a pesar que en Colombia existan normas sobre la atención del embarazo y el parto que garantizan el derecho a la salud. Muchas veces la calidad de la atención hacia la mujer parturienta muestra falencias desde el mismo acceso a los servicios, en los que se incluye ausencia de consentimiento informado y falta de disponibilidad del equipamiento necesario para la realización del parto.

Es preciso mencionar, que aun existiendo herramientas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos su garantía y por tanto ejercicio parte de la mujer, llega a ser nulo en tanto ella no se reconoce como sujeto de derechos. Esto hace una invitación a las instituciones de salud para que fortalezcan las rutas de atención del parto, donde se garantice el acceso a información oportuna y veraz desde la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, a fin de modificar las prácticas sociales y asistenciales del sector salud, que inciden en que exista violencia obstétrica.

Cada mujer representa un cúmulo de experiencias y vivencias particulares, es decir poseen características y necesidades específicas, las cuales deben tener un protagonismo al momento de diseñar los modelos de atención en salud. De manera que en la atención obstétrica es preciso valorar la cultura pues como un conjunto de creencias y valores cobra un papel importante al incidir en el querer y sentir de la mujer. Por lo tanto es imprescindible percibir a la mujer como un

conjunto heterogéneo además de diverso y no como objeto de servicios estandarizados.

Finalmente, entender la labor del Trabajo Social dentro del Sistema de Protección Social (SPS) no es complejo, a la vez que se discierne como tarea de la profesión, el identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de vida y salud de las personas, sus familias y la comunidad.

Conociendo ello, en su rol más cercano al usuario, debe contribuir al fomento de cambios y transformaciones en las dinámicas personales, colectivas y sociales que propendan por la construcción de estilos de vida que no atenten contra el bienestar individual y común. Para la situación en mención, por medio de la validación de los aspectos psicosociales y culturales como factores importantes para el bienestar de las personas.

Por lo tanto la importancia de su intervención en los componentes de promoción, prevención y atención en salud, basándose en las necesidades propias de las mujeres y en los recursos que provee el Estado.

8. RECOMENDACIONES

En temas de tan corta aplicación en Colombia, y teniendo en cuenta el bajo nivel de conocimiento sobre este tipo de violencia tanto a nivel académico como comunitario y de las mismas instituciones de salud, se hace necesario proponer las siguientes acciones a fin de disminuir aquellos hechos que vulneran los derechos humanos y contribuir al bienestar del binomio madre- hijo.

- Se identifica como factor clave en la prevención de violencia obstétrica, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, como sustento teórico legal que brinda una serie de garantías sobre el ejercicio de la sexualidad y por tanto la función reproductiva propia de la mujer. Esto, advirtiendo que el desconocimiento de estos derechos repercute en su transgresión.
- Considerando las distintas manifestaciones de la violencia obstétrica propias del desconocimiento del concepto, se hace importante incluir dentro de los servicios de promoción y prevención que se brindan a las mujeres en el control prenatal, el parto humanizado como opción que propende el bienestar del binomio madre e hijo; a la vez que atiende al derecho a recibir información clara, completa y oportuna de los servicios de salud como lo es la atención obstétrica.
- Reconociendo algunas de las prácticas sociales y asistenciales que se llevan a cabo en la atención del parto por el personal de salud que incurrir en violencia obstétrica, se deja la invitación a realizar un trabajo investigativo con el personal médico a fin de indagar la razón de sus prácticas durante la atención del parto como evento obstétrico y su relación con el modelo biomédico.

- Se propone orientar al personal médico a la humanización de los servicios en salud que prestan durante la atención obstétrica, a fin de lograr un trato respetuoso.
- Invitar a las Instituciones de salud para que realicen el consentimiento informado como el primer paso de la ruta de atención al parto. al mismo tiempo solicitar a los entes encargados del control y vigilancia del sistema de salud a que corroboren el cumplimiento de dicha ruta.
- Realizar esta misma investigación en el sector privado para precisar si se da este tipo de violencia con las mismas características y/o factores.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE Alejandra, MARTÍNEZ Beatriz, RIVERO Karla, BLANCAS Carmen, BADILLO Saúl, GONZÁLEZ Lourdes y MARZUCA, Juan Manuel. *La atención del parto: poder, derechos, violencia*. Revista Salud Quintana Roo. 2007. Disponible en <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>

ARGENTINA. MINISTERIO DE LA SALUD. *Ley del parto respetado*. Por la cual se dictan los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. 2016. [en línea] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. 2004. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. [EN LINEA] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

ARISTIZABAL BOTERO, Carlos. *Teoría y metodología de la investigación*. Guía didáctica y módulo: Fundación universitaria Luis Amigó. 2008. Disponible en: <http://es.slideshare.net/javierdanilo1/teoria-y-metodologia-de-la-investigacion-carlos-andrs-botero>

BASTIDA, Armando. *La vuelta de cordón umbilical en el cuello del feto*. 2009. [En línea] Disponible en <http://www.bebesymas.com/embarazo/la-vuelta-de-cordon-umbilical-en-el-cuello-del-feto>

BELLI, Laura. *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*: Revista red bioética/Unesco. Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013 [en línea] Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

BODOQUE, Yolanda. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de antropología*. 2001. ISSN 0214-7564. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3259>

BONILLA, Elssi y RODRÍGUEZ, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Colombia: Grupo editorial norma, 1995. P. 162

BURGOS, Mónica y PARAVIC, Tatiana. Violencia hospitalaria en pacientes. 2003. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002

CEBALLOS VÁSQUEZ, Paula Andrea. *Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado*. *Cienc. enferm.* [En línea]. 2010, vol.16, n.1 [citado 2016-09-06], pp.31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA. [en línea] [citado en octubre de 2016] Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=0&lang=es

COBO GUTIÉRREZ, Carla. La violencia obstétrica. Trabajo de grado de enfermería. 2016 [en línea] Disponible en:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=1>

COLOMBIA. Constitución Política. Artículo 48. (1991) Por la cual se dictan normas de orden constitucional que rigen el Estado de Derecho. Bogotá D.C.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA SALUD. *Norma técnica para la atención del parto*. [En línea] [Citado septiembre de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de salud pública, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. Imprenta Nacional, 2012. [en línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDS P.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Mujer embarazada como sujeto de especial protección. [en línea] Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-088-08.htm>

COLOMBIA. SENTENCIA DE UNIFICACION JURISPRUDENCIAL C-2014-0828. Por la cual se presenta reparación del daño a la salud de carácter temporal, liquidación del daño a la salud y medidas de reparación integral frente al trato de la mujer en asunto médico asistencial.

COLOMBIA. Constitución Política. Artículo 43. (1991) Por la cual se dictan normas de orden constitucional que rigen el Estado de Derecho. Bogotá D.C. [en línea] Disponible en: www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-43

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Política de atención integral en salud*. 2016. Bogotá. [En línea] [Citado octubre de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: 2000 <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Derecho a la seguridad e integridad personal* [en línea] Disponible en <http://www.cidh.org/countryrep/colombia93sp/cap.6.html>

DIARIO ABC. Los riesgos que no conoces de un parto. [en línea] [Citado en octubre de 2016] Disponible en: <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20150926/abci-riesgos-conoces-parto-201509251221.html>

EL PARTO ES NUESTRO. Medicalización rutinaria del parto. [en línea] [Citado en septiembre de 2016] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>

EL PARTO ES NUESTRO. Definición violencia obstétrica [en línea] [Citado en septiembre de 2016] Disponible en:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Guía De Práctica Clínica Sobre La Atención Al Parto Normal. [En línea] [Citado septiembre de 2016] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *complicaciones del embarazo, parto y puerperio* http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/bol-etines/Codificacion_clinica_n23_05.pdf

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra y TORO MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2012, vol.72, n.1 [citado 2016-09-24], pp. 4-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. *Iniciativa Parto Normal*. Guía para madres y padres. Pamplona. 2011. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf>

FUNDACIÓN CAMINO CLARO. Propósitos Generales a corto, mediano y largo plazo. [en línea] [citado en julio de 2016] Disponible en: <http://fundacioncaminocla.wixsite.com/fccong>

HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA. *Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado*. [En línea] Disponible en <http://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>

LIBREROS PIÑEROS, Lilibiana. *El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad*. Venezuela: Universidad de Carabobo, 2012. [En línea]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu13412.htm

MEDINA, Graciela (2008), *Violencia Obstétrica*, citado por MAGNONE, Natalia. *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Departamento de trabajo social. [en línea] [citado septiembre de 2016] Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

MALDONADO, Olga. *Consentimiento informado*. 2007. [en línea] Disponible en: <chrome-extension://gbkeegbaiigmenfmjfcldgdpimamgkj/views/app.html>

MARCH OF DIMES FOUNDATION. *El abuso durante el embarazo*. 2008. [en línea]. Disponible en <http://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/el-abuso-durante-el-embarazo.aspx>

MONTOYA URIBE, Ana. *Responsabilidad del estado frente a la prestación de los servicios de salud y los actos médicos*. 2015. [en línea] Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4069/1/Responsabilidad_Estado_Servicios_Salud.pdf

MORENO FERGUSON, María Elisa, *Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería* Aquichan [en línea] 2013, 13 (Mayo-Agosto) [citado octubre de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688006> ISSN 1657-5997

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. 1994 CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Washington [En línea] Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Belem_do_Para.pdf

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES & MINSALUD. *La brújula, herramienta pedagógica para el desarrollo comunitario en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*: 2015. p, 55.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Episiotomía en el parto vaginal*. Ginebra: 2003 [en línea] Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Violencia contra la mujer. [en línea] [citado septiembre de 2016] Disponible en: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

PARRA, María. *Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales*. Chile: 2005. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_m/sources/parra_m.pdf

PEÑA, Emiliana y MARTÍNEZ, Maritza. *Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia*. República Dominicana. Ciencia y Sociedad, 2005. [En línea] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87014544005.pdf>

PEREIRA, Oscar. Ensayo sobre el método Fenomenológico. Investigación en las Ciencias Sociales. Venezuela: 2013. [EN LINEA] Disponible en: <http://es.calameo.com/read/002879851c5b2e8fa0397>

PÉREZ, Lourdes y MÁRQUEZ, María. La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. Avances en psicología latinoamericana. 2004, Volumen 22, Pp. 61-75

PROFAMILIA. *Sexualidad y Reproducción. ¿Qué derechos tiene la población Colombiana?* Colombia, 2015. p.56

QUEVEDO, Paula. *Violencia obstétrica, manifestación oculta de la desigualdad de género.* Argentina: Universidad del Cuyo: 2012. [En línea] Disponible en http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. *Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá.* Colombia: Imprenta distrital, 2015. [en línea] Disponible en: <http://www.hospitalmeissen.gov.co/images/Archivos/LineamientoNacimientoHumanizado>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *Tipos de parto.* Natalben. 2016. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-parto/parto-inducido/tecnicas-para-inducir-el-parto-887>

TERAN, Pablo. CASTELLANOS, Carlos. GONZALEZ, Mireya y RAMOS, Damaris. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73(3):171-180 [en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

TESIS MODELO VANCUVER [En línea] [citado en octubre de 25016] Disponible en:http://www.academia.edu/8842748/TESIS_PARA_VER_MODELO_VANCOUVER

URRA, Eugenia; JANA, Alejandra y GARCÍA, Marcela. *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales*. Chile. *Cienc. Enferm*, 2011. [En línea]. 2011, vol.17, n.3 [citado 2016-09-25], pp.11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

VÁSQUEZ, Esmeralda. *Pluralismo Médico y Parto Biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito*. 2013. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54213.pdf>

VENEZUELA. TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. [en línea] Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

WOUHLGEMUTH, Vivar. *El parto un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica*. 2015. [en línea] [citado agosto de 2016] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4240/1/121003.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Formato de entrevista semiestructurada.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO DE GRADO

Por medio del presente documento solicito su participación voluntaria en la realización de una entrevista, cuyo objetivo es conocer la percepción de mujeres que han tenido la experiencia de parto y acuden con sus hijos a los servicios de emergencias en la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST). La información obtenida es de carácter confidencial, dado que es parte de un ejercicio académico, de tal manera que su nombre no se hará público.

Yo, _____, expreso voluntaria y conscientemente el deseo de participar en la entrevista.

Régimen Contributivo ____ Subsidiado ____	Nombre de la EPS:
Edad de la madre:	Estado civil:
Número de hijos	Edad del niño (a) con el que acude:
Institución en donde le atendieron el parto:	Tipo de parto: Cesárea____ Natural____
Numero de celular:	Correo:

La idea de este ejercicio es conocer su experiencia de parto, por lo tanto la invitamos a realizar un recuento de lo vivido en su embarazo hasta el parto.

1. Durante su embarazo asistió a los controles prenatales
2. Quien la atendió en los controles, cómo considera fue la atención recibida
3. Quien la acompañó durante los controles prenatales
4. Presento complicaciones durante el embarazo o parto, si fue así ¿cuáles?
5. Cuando llego a la institución de salud, para el trabajo de parto cómo fue la atención recibida
6. Relate su experiencia de parto
7. Usted fue informada de los procedimientos que se le iban a llevar a cabo
8. El tipo de parto incidió en el deseo de querer tener o no más hijos
9. Cómo sintió que fue el trato del personal médico

Anexo B. Matriz categorial

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
PRACTICAS ASISTENCIALES	PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	MPN10	- <i>“Fue un poquito complicado porque me unieron y si dolió bastante pero al principio fue normal... Pero luego, me cortaron bastante para que él bebé pudiera nacer porque yo estaba cerrada. Uno del dolor quiere que salga lo más rápido posible y no se da cuenta”</i> ¹⁰⁸
		MPN10	- <i>“Me cortaron bastante para que él bebé pudiera nacer, desde la vagina hasta el ano.”</i> ¹⁰⁹
		MPN7	- <i>“Cuando iba entrando a la sala de parto, yo dije que no quería que me cortaran, pero sin mi autorización, lo hicieron (...)”</i> ¹¹⁰
		MPN1	- <i>(...) todavía faltaba para que él bebe naciera. Pero me dijeron que tenían que romper la bolsa.</i> ¹¹¹

¹⁰⁸ ENTREVISTA con MPN10, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹⁰⁹ Ibíd.

¹¹⁰ ENTREVISTA con MPN7, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹¹ ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
		MPN2	- <i>“La enfermera me espichaban acá en el estómago y luego con el doctor. La enfermera se colocó de un lado, el doctor del otro, se agarraron y me pusieron los codos y se apoyaron en mi estómago, dejándome maltratada. Duré como cuatro días con este dolor, pensé que no se me iba a retirar”</i> ¹¹²
		MPN8	- <i>“(…) Lo que no me gustó es que había dos muchachos, creo que eran los practicantes y me hicieron el tacto. Me sentí incomoda”</i> ¹¹³
		MPN1	- <i>“Lo que me decía la enfermera era que no pujara porque no estaba la doctora; pero yo no me aguantaba.”</i> ¹¹⁴
		MPC5	- <i>“Estaba acostada (…) Siempre en la misma posición (…) pues el doctor dijo que me quedara así…”</i> ¹¹⁵
		MPN3	- <i>“Me subieron a la camilla y me dijeron que abriera las piernas (…)”</i> ¹¹⁶
EXPERIENCIA DE PARTO	COMPLICACIONES OBSTETRICAS	MPC5	- <i>“eso me pareció un poquito malo porque pues yo realmente no tenía ni dolores ni iba con</i>

¹¹² ENTREVISTA con MPN2, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹³ ENTREVISTA con MPN8, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹⁴ ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹⁵ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹⁶ ENTREVISTA con MPN3, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
			<i>contracciones ni era el tiempo todavía. Sino que a mí me dio fue el chikungunya, hace como más de un mes y siempre que iba a control o al médico yo le decía que me dolían muchísimo las manos, los pies, que estaba muy hinchada, ellos decían que eso era normal por el embarazo, que no sé qué. Entonces ese día ya me dio fiebre y me brote, entonces volví y fui al médico, entonces me entraron dizque a sala de parto dizque hacerme el tacto, que no que estaba cerrada, yo le dije pero es que yo no estoy con dolores yo no tengo nada, simplemente estoy brotada y tengo fiebre...”¹¹⁷</i>
		MPC6	- <i>“...me decían que tenía el cordón umbilical en el cuello. Entonces tuvieron que trasladarme a urgencias para el norte para poder hacerme cesárea. Yo no sé qué paso porque todas las ecografías estaban bien eso fue a último momento que se complicó”.</i> ¹¹⁸
MODELO BIOMEDICO	RUTAS DE MANEJO EN LA	MPN1	- <i>Yo venía con contracciones y lo que pasaba era que aquí, no me daban camilla”</i> ¹¹⁹

¹¹⁷ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹⁸ ENTREVISTA con MPC6, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹¹⁹ ENTREVISTA con MPN1, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
	ATENCIÓN AL USUARIO	MPN3	- <i>“(…) Cuando iba a tener el niño se me subió la tensión. Cuando me llevaron a piso me coloqué muy mal y tenían que bajarme para tratamiento, pero se demoraron mucho y me sentía muy mal”¹²⁰</i>
		MPC4	- <i>“Durante el parto me sentí bien, lo malo fue que me tuvieron en el pasillo, me sacaron del quirófano a medio día y como no había cama, me tuve que esperar ahí. Luego se me subió la tensión, por el mismo dolor, yo creo. Y hasta las ocho de la noche me pasaron a la habitación”.</i> ¹²¹
		MPC4	- <i>“No entendía lo que me hacían y no me decían nada. Me colocaban aparatos y ya (…)”¹²²</i>
		MPC9	- <i>“Habían varias personas, en la sala de parto. Me aplicaban algo en el suero y decían que dormiría”¹²³</i>
		MPC5	- <i>“Pues yo estaba dispuesta a que el parto fuera natural pero por lo del chikungunya se decidió así”¹²⁴</i>

¹²⁰ ENTREVISTA con MPN3, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²¹ ENTREVISTA con MPC4, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²² ENTREVISTA con MPC4, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²³ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²⁴ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
		MPC9	- <i>La cesárea no fue planeada, se supone que iba a tener parto normal y alcancé a tener las 40 semanas duré 4 días con dolores y que esperara y esperara y eso si ya me estaba preocupando pues esos cuatro días vine en noche y día casi siempre me mandaban, me devolvían, me devolvían. Cuando ya vine la última noche porque dije ya esta cuarta no me la aguanto.</i> ¹²⁵
	TRATO DEL EQUIPO PROFESIONAL EN SALUD	MPN8	- <i>“..., imagínese estaba como en 3 de dilatación, no me aguantaba, y entonces me dijeron: como para hacerlo si no le dolió, entonces uno se siente mal que le digan a uno eso”.</i> ¹²⁶
		MPC9	- <i>“sí me sentí incómoda fue cuando una doctora me cambió me puso el pañal y ella me decía que levantara la cola y ese momento obviamente tenía todo dormido y tenía mucho dolor y ella decía que ella no se iba a joder la espalda por alzarme a mí y yo tenía que levantarme sola para poder ponerme el pañal”</i> ¹²⁷ .

¹²⁵ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²⁶ ENTREVISTA con MPN8, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²⁷ ENTREVISTA con MPC9, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

CATEGORIA DEDUCTIVA	CATEGORIA INDUCTIVA	CODIGO	DESCRIPTOR
	<p style="text-align: center;">APROPIACIÓN DEL CUERPO DE LA MUJER POR EL PERSONAL MÉDICO</p>	MPC5	<p>- <i>Entonces ese día ya me dio fiebre y me broté entonces volví y fui al médico, entonces me entraron disque a sala de parto disque hacerme el tacto, que no que estaba cerrada, yo le dije pero es que yo no estoy con dolores yo no tengo nada, simplemente estoy brotada y tengo fiebre...”</i>¹²⁸</p>
		MPN10	<p>- <i>“Me acuerdo tanto que una enfermera me decía, no puje, no puje, y yo con ganas de pujar, pues la verdad yo pujé, porque la verdad que más hacía.”</i>¹²⁹</p>

¹²⁸ ENTREVISTA con MPC5, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.

¹²⁹ ENTREVISTA con MPN10, Mujer con experiencia de Parto. Bucaramanga, 2016.