



Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
Facultad de Ciencias Sociales  
Programa de Trabajo Social

La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Une Cundinamarca

Wendy Tatiana Castañeda Aponte  
Yesika Lorena Vargas Daza

Bogotá D.C.  
2018



Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
Facultad de Ciencias Sociales  
Programa de Trabajo Social

La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Une Cundinamarca

Wendy Tatiana Castañeda Aponte  
Yesika Lorena Vargas Daza

Docente seminario de trabajo de grado:  
Adriana González Osorio

Bogotá D.C.  
2018

## Resumen

La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Une Cundinamarca

Wendy Tatiana Castañeda Aponte

Yesika Lorena Vargas Daza

### **Objetivo general:**

Analizar la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar las acciones configurativas de la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar Une Cundinamarca.
2. Describir los mecanismos de desautorización presentes en la relación personal de salud-madre establecida durante el parto, desde la experiencia de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.
3. Identificar los derechos sexuales y reproductivos vulnerados durante el parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.

**Palabras clave:** Violencia Obstétrica, mujer rural, derechos sexuales y reproductivos, violencia simbólica.

La presente investigación tiene como objetivo analizar la Violencia Obstétrica a partir de las experiencias de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Una Cundinamarca, haciendo énfasis en las acciones configurativas de la Violencia Obstétrica, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos; y en los mecanismos de desautorización que tienen lugar en la relación personal de salud - madre.

El enfoque de la investigación es cualitativo, enmarcada en el paradigma interpretativo, con un nivel exploratorio-descriptivo y un diseño narrativo que parte del uso de la entrevista semi-estructurada como técnica de recolección de la información.

A partir de los resultados obtenidos se evidencia que, en el contexto de la atención al parto, existen relaciones de poder que se gestan entre el personal de salud y la madre; dichas relaciones resultan naturalizadas y se involucran con la vulneración de derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva, interfiriendo al mismo tiempo en la toma de decisiones y la autonomía de las mujeres entrevistadas.

Por otro lado, se pone en evidencia la importancia del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios en salud para resignificar la dimensión social de los usuarios. Así, la profesión está llamada a reconocer la Violencia Obstétrica, a investigarla, prevenirla e intervenirla en los diferentes contextos, en especial en el contexto rural.

## **Abstract**

The Obstetric Violence, a look from the experience of childbirth of rural women belonging to the child development program in the family environment of Une Cundinamarca

Wendy Tatiana Castañeda Aponte

Yesika Lorena Vargas Daza

### **General objectives**

Analyze Obstetric Violence from the experience of childbirth of rural women belonging to the Child Development in Family Environment program of Une Cundinamarca.

### **Specific objectives:**

1. Identify the configurative actions of the Obstetric Violence from the experience of childbirth of rural women belonging to the Child Development Program in the Family Environment of Une Cundinamarca.
2. Describe the mechanisms of disavowal present in the personal relationship of mother-health established during childbirth, from the experience of rural women belonging to the Child Development in Family Environment program of Une Cundinamarca.
3. Identify the sexual and reproductive rights violated during the birth of rural women belonging to the Child Development in Family Environment program of Une Cundinamarca.

**Keywords:** Obstetric Violence, Rural women, sexual rights and reproductive, symbolic violence.

The purpose of next investigation is to analyze Obstetric Violence based on Rural women's childbirth experiences who are belonging to the program "Child Development in a Family Environment" in Une Cundinamarca, with emphasis in the configurative actions of the Obstetric Violence, vulnerability of sexual and reproductive rights; and in Disavowal mechanisms which take place in the personal relationship: health-mother.

The focus of the investigation is qualitative, framed by an interpretative paradigm, with an exploratory-descriptive matter and a narrative design, it comes of the use of the interview semi-structured as a technique way of to get information.

From the results obtained it is evident that, in the context, from the results obtained it is possible to understand that in the context of Childbirth issue, there are power relations that are developed among Health staff of and the mother; these relationships become naturalized and are involved with the vulnerability of rights in the field of sexual and reproductive health, interfering at the same time in decision-making and the women's autonomy interviewed.

On the other hand, it shows how important are the Social Workers into interdisciplinary teams based on Health to dignify again the dimension of users, specifically of mothers and their rights. In this way, Social Work is called to recognize Obstetric Violence, with the porpuse of investigate it, prevent it, and intervene in different contexts, especially in the Rural context.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a Corporación Escuela Galán y en especial al Coordinador Jhon Jefferson Barbosa Álvarez y a cada una de las docentes por permitirnos el encuentro con las mujeres, acercarnos a esa hermosa etapa que es la maternidad y por contribuir a este sueño.

A cada una de las mujeres rurales que nos compartieron sus experiencias de parto, por alentarnos a compartirlas, pero sobre todo por reafirmar nuestro compromiso con la visibilización de la mujer rural y la erradicación de la violencia de género.

Al padre José Saúl Cano Soler por su calidez y hospitalidad durante nuestro trabajo de campo, por el trabajo y amor que entrega cada día al municipio.

A nuestra docente Adriana González por creer en nuestro proyecto y por su compañía incondicional.

A nuestras familias por su amor, compañía, apoyo y comprensión a lo largo de este proceso.

### **Dedicatoria**

*A mi madre, por su apoyo incondicional y su “sí” frente a los sueños de sus hijas, por su valentía para con la vida y con la labor de ser madre, por su inquebrantable fuerza y amor.*

*A mi padre por su apoyo incondicional aun desde la distancia; a los dos, gracias por creer en mí, por sembrar en mí fuerza para caminar con autonomía.*

*A mi hermana, a su existencia y compañía en este proceso.*

*A mi familia materna y a la herencia que dejan en mí de creer en el campo y de creer en que todo es posible.*

*A mi gran amiga y compañera de tesis, por ser tan incondicional, por su amor y tropical personalidad.*

*Finalmente dedico este trabajo a la mujer rural y a su decisión de ser madre como el mayor acto de valentía.*

***Yesika Lorena Vargas Daza***

*Ha sido vocacionalmente un camino muy difícil, muchos lugares, personas, experiencias, miedos y triunfos. Agradezco a Dios.*

*A mi mamá por su apoyo incondicional en el proceso académico, por su honestidad y fortaleza con la cual enfrenta todos los días la vida, por su amor y compromiso.*

*A mi papá por su tranquilidad cariño y compañía.*

*A mi hermano que, aunque a pesar de las dificultades quiero con todo mi corazón.*

*¡¡Familia, por fin lo logramos!!*

*A mi compañera de aventura Lorena Vargas por su disciplina, compañía, amor y amistad que perdurara por muchos años*

*Y finalmente a la vida por esta experiencia maravillosa que me llevo a conocer, reír, hablar, sensibilizarme y ser feliz.*

***Wendy Tatiana Castañeda Aponte***



## Tabla de contenido

<b>Capítulo I</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Definición de la situación problema</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. Exploración de la situación: Antecedentes</b> .....	<b>3</b>
1.1.2. Conceptos y teorías a partir de las cuales ha sido estudiada la Violencia Obstétrica.....	3
1.1.3. Antecedentes de Campo .....	4
1.1.4. Antecedentes en otros países y en Colombia .....	5
1.1.5. Antecedentes desde Trabajo Social .....	7
<b>1.2. Planteamiento del problema</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2.1. Finalidad de la investigación</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2.2. Objetivos</b> .....	<b>9</b>
Objetivo general: .....	9
Objetivos específicos: .....	9
1.2.3. Justificación.....	9
1.2.4. Viabilidad de la investigación .....	12
<b>1.3. Marcos de referencia</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3.1. Marco Legal</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3.2. Marco institucional</b> .....	<b>19</b>
<b>1.3.3. Línea de investigación</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3.4. Marco geográfico</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3.5. Marco teórico-conceptual</b> .....	<b>22</b>
Violencia contra la mujer .....	22
La Violencia Obstétrica.....	24
Los derechos sexuales y reproductivos .....	27
Modelos de Atención .....	29
El poder simbólico presente en la relación médico- paciente .....	32
La mujer rural en el contexto de la nueva ruralidad.....	36
<b>Capítulo II</b> .....	<b>38</b>
<b>2. Marco metodológico</b> .....	<b>38</b>
<b>2.1. Argumento inicial de investigación</b> .....	<b>38</b>
<b>2.2. Paradigma de investigación</b> .....	<b>38</b>

<b>2.3. Tipo de investigación, enfoque y nivel.....</b>	<b>38</b>
<b>2.4. Muestreo.....</b>	<b>40</b>
<b>2.5. Diseño de la investigación .....</b>	<b>40</b>
<b>2.6. Técnica de la recolección de información.....</b>	<b>42</b>
<b>2.7. Población.....</b>	<b>42</b>
<b>2.8. Operacionalización de categorías .....</b>	<b>44</b>
2.8.1. Sistema de categorías .....	44
2.8.2. Puntos de reflexión frente a las categorías .....	47
<b>Capítulo III .....</b>	<b>48</b>
<b>3. Manejo de los datos cualitativos .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. Transcripción de la información.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2. Categorización inductiva y codificación.....</b>	<b>48</b>
<b>3.3. Análisis e interpretación de datos .....</b>	<b>53</b>
3.3.1. Categoría: Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica .....	54
<b>3.3.2. Categoría: Derechos Sexuales y Reproductivos.....</b>	<b>60</b>
3.3.3. Categoría: Mecanismos de desautorización presentes en la relación médico- paciente desde la perspectiva de las madres .....	67
<b>3.4. Análisis intercategorial .....</b>	<b>73</b>
<b>3.5. Hallazgos .....</b>	<b>74</b>
<b>3.6. Aproximación al abordaje de la Violencia Obstétrica desde el Trabajo Social.....</b>	<b>78</b>
<b>3.7. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>86</b>
3.7.1. Conclusiones .....	86
<b>3.7.2. Recomendaciones .....</b>	<b>87</b>
<b>3.8. Logros del proceso de investigación.....</b>	<b>89</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>90</b>
<b>Apéndices .....</b>	<b>99</b>

### **Lista de Ilustraciones**

Ilustración 1: Mapa de Cundinamarca .....	22
Ilustración 2: Proceso de ensamblaje de historias en los diseños narrativos.....	42
Ilustración 3: Puntos de reflexión.....	47

### **Lista de tablas**

<b>Tabla 1:</b> Leyes y normas a nivel internacional.....	14
<b>Tabla 2:</b> Leyes y normas a nivel nacional.....	15
<b>Tabla 3:</b> Leyes y normas a nivel Departamental .....	18
<b>Tabla 4:</b> Marcos de atención desde la perspectiva de género.....	30
<b>Tabla 5:</b> Modelos de nacimiento según Davis Floyd .....	31
<b>Tabla 6:</b> Sistema de categorías .....	44
<b>Tabla 7:</b> Categorización deductiva e inductiva .....	50
<b>Tabla 8:</b> Categorización abductiva.....	52

### **Lista de figuras**

Figura 1: Taxonomía “Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica” .....	55
Figura 2: Taxonomía “Derechos Sexuales y Reproductivos” .....	60
Figura 3: Taxonomía “Mecanismos de desautorización” .....	68

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La violencia contra la mujer es un tema que representa una de las principales problemáticas que aquejan a la sociedad colombiana, sin embargo, la Violencia Obstétrica ha sido un fenómeno poco reconocido en términos institucionales e investigativos en el contexto colombiano. Específicamente desde el Trabajo Social la producción investigativa es incipiente, siendo una temática que puede ser abordada desde la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y en relación a su papel frente al reconocimiento de la dimensión social de las madres, por parte de los equipos interdisciplinarios en salud.

De acuerdo con lo anterior, en cuanto a lo metodológico, el enfoque de la investigación es cualitativo y se ubica en el paradigma interpretativo, pues este permitió comprender la naturaleza de las relaciones que se establecen en la atención del parto de mujeres rurales y que se configuran dentro de la Violencia Obstétrica.

Dada la novedad de la problemática, la investigación corresponde a los niveles exploratorio- descriptivo, ya que estos permitieron analizar los elementos pertenecientes a este tipo de violencia, que tienen lugar en las narraciones de las mujeres, esto por medio de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a diez mujeres pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en el municipio de Une, departamento de Cundinamarca.

El argumento inicial del que parte la investigación es que las mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar de Une Cundinamarca, sufrieron Violencia Obstétrica en sus partos, a partir de acciones que se enmarcan en las dimensiones física y psicológica, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos, y la relación desigual que se establece entre la madre y el personal de salud.

Finalmente, se busca mostrar que la Violencia Obstétrica es un fenómeno que debe ser investigado e intervenido desde las profesiones del área social en Colombia, como es el caso del Trabajo Social, y reconociendo específicamente a las mujeres de los contextos rurales.

Aquí es importante aclarar que la investigación se hizo partiendo de la experiencia de parto de las madres, de manera que no se incluyó la perspectiva de otros sujetos como el personal de salud y las familias; visiones y discursos que se hacen importantes para brindar un análisis completo del fenómeno y que dan apertura a otras investigaciones.

## **1. Definición de la situación problema**

### **1.1. Exploración de la situación: Antecedentes**

#### **1.1.2. Conceptos y teorías a partir de las cuales ha sido estudiada la Violencia Obstétrica**

La mayoría de investigaciones revisadas que analizan la Violencia Obstétrica o la violencia en el parto, la definen como una forma de violencia de género, la enmarcan en la vulneración de Derechos Humanos y derechos sexuales y reproductivos, además la conceptualizan desde diferentes aparatos normativos como lo son la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (N°40.548, 2014) de Venezuela o la “Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres” (N° 26.485, 2009) de Argentina. De acuerdo con esto, la Violencia Obstétrica es entendida desde los actores, el proceso en el que se enmarca y las acciones a partir de las cuales tiene lugar; de esta manera la Violencia Obstétrica se entiende como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Ley N° 26.485, citada por Álvarez, E. & Russo, P., 2016, p.5); a esto se suma sus modalidades, ya que según Alemán (2011) puede manifestarse por medio de violencia “física” y/o “psicológica”.

La Violencia Obstétrica ha sido estudiada a partir de diferentes teorías y aparatos conceptuales, a partir de los cuales se afirma que el proceso histórico al que ha sido sometido el parto desde mediados del siglo XIX, ha llevado a que la institucionalización de este suponga un proceso de medicalización del cuerpo de la mujer propio del “modelo médico hegemónico” que se maneja en la atención institucional del parto; la construcción teórica alrededor de este elemento juega un papel importante en la investigación que se ha hecho en este campo, y se entiende a partir de la preeminencia del saber médico, es decir, desde de la importancia exclusiva que se da al saber científico del médico, de manera que se excluyen elementos sociales y culturales, a partir de lo cual el paciente es subordinado y visto desde una visión fragmentada (Menéndez, citado por Álvarez & Russo, 2016).

De acuerdo con lo anterior, otro elemento teórico que atraviesa los procesos investigativos se relaciona con el “modelo humanístico”, “paradigma humanístico” o “humanización del parto” que, a diferencia del modelo anteriormente mencionado, es una

propuesta que busca hacer partícipe a la mujer de su embarazo, busca su empoderamiento y le proporciona herramientas para hacer de la maternidad un proceso respetado.

Por otro lado, se encuentra el poder como uno de los elementos más analizados en la investigación relacionada con la Violencia Obstétrica, siendo que el poder parece ser inherente a la relación que se establece entre médico y paciente; esta última estudiada también por gran parte de las investigaciones. De esta manera, el poder que media esta relación supone una legitimación de las acciones violentas por parte del personal médico, respaldadas por el saber científico que este posee y que supone, entonces, una subordinación de la gestante. El aparato teórico a partir del cual se construye esta concepción, parte de los planteamientos acerca del poder simbólico establecidos por Bourdieu, desde este concepto el poder logra construcciones bajo la “creencia”, aquí no se le reconoce como arbitrario y es comparado por el autor con lo “mágico”; como lo que se analiza desde aquí son las relaciones de dominación, tienen lugar en ésta los que “ejercen el poder y los que lo sufren” (Bourdieu, citado por Alemán, 2011, p.5)

### **1.1.3. Antecedentes de Campo**

Se encontró un cúmulo amplio de investigaciones en el nivel de pregrado en distintas carreras como Medicina, Enfermería, Psicología, Antropología y unos pocos en Trabajo Social. En su mayoría el enfoque que presentan es cualitativo, de tipo exploratorio descriptivo y utilizan la entrevista en todas sus modalidades: estructuradas, semi estructuradas, abiertas, individuales y a profundidad, como técnica fundamental; además se evidencia el uso de la observación, participante y no participante como una generalidad. Así mismo, las poblaciones involucradas en las investigaciones, fueron en primer lugar mujeres puérperas que hayan tenido partos en instituciones de salud (públicas o privadas), en segundo lugar, los profesionales de los equipos de Salud (Médicos, enfermeras, Trabajadores Sociales) y en algunos casos sus familias o parejas. (Remitirse al Apéndice “H” en donde se encuentran las investigaciones revisadas).

También existe dentro las investigaciones, gran material de revisión documental sobre esta problemática, en donde se busca recopilar y analizar la mayor cantidad de información, en su mayoría producida en Latinoamérica por organizaciones sociales de mujeres, instituciones de salud, estudiantes universitarios, entre otros. En cuanto a los textos revisados

están informes públicos de salud, trabajos de grado, textos relacionados con la antropología del nacimiento y con los procedimientos médicos en el parto, con el fin de posicionar este tipo de violencia como un tema presente en la realidad social, pero poco identificado y caracterizado en los países latinoamericanos.

#### **1.1.4. Antecedentes en otros países y en Colombia**

Resulta fundamental indicar los avances jurídicos que se han realizado en América Latina, ya que permite posicionar y reconocer esta problemática. La primera definición en Latinoamérica sobre la Violencia Obstétrica la aporta Venezuela en la promulgación de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia, que en el art 15 numeral 13 la define 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 cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (N°40.548, 2014).

Además, establece las conductas constitutivas de este tipo de violencia: la no atención oportuna, obligación a parir de manera supina, obstaculizar el apego madre niño, alterar el proceso del parto, entre otros.

En segundo lugar, se encuentra Argentina con la ley de protección integral a las mujeres ley 26.485 de 2009. En tercer lugar, está México que inicialmente reconoció la Violencia Obstétrica en 3 estados: Veracruz, Chiapas y Guanajuato, y posteriormente realizó el reconocimiento nacional mediante la modificación del art 6 de Ley general de acceso a una vida Libre de Violencia del 2014. Además de los marcos Jurídicos, existen iniciativas legislativas en otros países como Chile (Ley 20.584 de 2017) y Uruguay (Ley N° 19580 de 2017) y hace poco en Colombia por medio del proyecto de ley 147 de 2017, proyecto que a la fecha no ha sido aprobado.

Por otro lado, se evidencian procesos desde las mujeres para observar el comportamiento de esta problemática, y que se materializan en los denominados Observatorios de Violencia Obstétrica. Estos son centros en los cuales se realizan investigaciones, se difunden y



visibilizan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se contribuye a la desnaturalización de la Violencia Obstétrica, y se crean acciones y herramientas para fortalecer la autonomía de las mujeres, la toma de decisiones y el intercambio de experiencias (Las Casildas, 2015).

Entre los identificados en América Latina se encuentran: Las Casildas Argentina, OVO (Observatorio de Violencia Obstétrica) en Chile, Observatorio de Mortalidad Materna en México, Observa VOBr Brasil y OPR (Observatorio de Parto Respetado) Uruguay. Con esto es posible evidenciar que no solamente se necesita un reconocimiento formal por parte del Estado, no basta solo con la ley, sino también son importantes los procesos sociales que difundan la información a los distintos actores involucrados en esta problemática como las mujeres, las familias y el personal de salud, por medio la educación social, fomentando la investigación y la intervención.

En Colombia la mayoría de esfuerzos por visibilizar la Violencia Obstétrica se dan desde las investigaciones académicas realizadas por estudiantes universitarios. No obstante, en el reconocimiento de los tipos de Violencia en general, existen en el país marcos jurídicos y normativos como la ley 1257 del 2008 y las Políticas públicas Nacionales de Mujer y Género, que buscan prevenir e identificar la violencia en todas sus formas: doméstica, económica, sexual, física, psicológica, entre otras. Sin embargo, no se hace mención explícita de la Violencia Obstétrica o de la vulneración de derechos en el proceso de la maternidad.

Lo más cercano a la protección de la mujer gestante en los ámbitos de salud desde la política pública, se podría relacionar con la implementación del enfoque de género en la atención, sin embargo, esto es aún demasiado general y necesita una especificidad en la etapa de gestación, parto y postparto dado que las necesidades son distintas.

Por último, a nivel nacional es fundamental mencionar que desde finales del mes de octubre la senadora Nadie Blel radicó el proyecto de ley 147 de 2017 en el congreso de la república, proyecto que a la fecha no ha sido aprobado, y que tiene por objetivo prevenir y sancionar la Violencia Obstétrica buscando un servicio de salud digno y humanizado para las mujeres en el periodo de gestación, parto y postparto.

### **1.1.5. Antecedentes desde Trabajo Social**

El abordaje de la Violencia Obstétrica tiene lugar desde diferentes campos del conocimiento, especialmente a partir de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, obstetricia, entre otros) sin embargo, a la investigación en este campo se han sumado disciplinas y/o profesiones pertenecientes a la rama de las ciencias sociales y las humanidades especialmente desde la Psicología y la Sociología, pero también desde el Derecho y la Antropología. La construcción a partir del campo específico del Trabajo Social es poca y, aunque no tiene lugar desde el contexto colombiano, sí existe producción no sólo desde la investigación sino también desde la intervención.

De acuerdo con lo anterior, y teniendo en cuenta los textos revisados, el trabajo investigativo desde el Trabajo Social ha estado orientado al análisis del poder que media las relaciones entre médico y paciente, las construcciones frente al parto humanizado como derecho desde la visión de organizaciones sociales que trabajan alrededor de esta temática, la Violencia Obstétrica en donde la institución de salud es uno de los escenarios a partir de los cuales la mujer en estado de embarazo es violentada, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos que se evidencia desde la revisión a la calidad de la atención, y la desigualdad de género, entre otros. Mientras tanto, la intervención ha estado orientada a la promoción de derechos y deberes.

Así, en el abordaje de este tipo de violencia desde el Trabajo Social, se afirma a partir del conocimiento construido que, aunque no existe un papel establecido por estos profesionales, sobresale el papel que estos tienen en los equipos interdisciplinarios de salud o equipos sanitarios en brindar una visión integral del ser humano, en función del respeto por los derechos humanos y del paciente, así como de comprender el contexto, su cultura, sus relaciones sociales y su situación económica (Britos & López, 2016), el papel en la formación y promoción en derechos y responsabilidades (Álvarez & Russo, 2016), las funciones relacionadas con “cuidado, atención e instrucción” en las que se involucra el trabajo social y la enfermería (Fernández, S., 2007, p74.), entre otros. De acuerdo con lo anterior, se afirma que hay aportes insuficientes a partir del Trabajo Social para el abordaje de la problemática, reflejado esto en la falta de investigación e intervención desde la profesión; así, autores como Guitini (2015) afirman que existe un espacio por ganar para el trabajador social como garante de derechos.

## **1.2.Planteamiento del problema**

### **1.2.1. Finalidad de la investigación**

La violencia contra la mujer es un tema que representa una de las principales problemáticas que aquejan a la sociedad colombiana, sin embargo, en lo que se refiere a la Violencia Obstétrica, se encontró, a partir de la revisión documental, que existen pocos repertorios investigativos referentes a este tipo de violencia en el contexto nacional, de manera que los pocos trabajos encontrados frente al tema se ubican en el contexto urbano, específicamente en Bogotá, y en contextos internacionales en países como Venezuela y Argentina, países que cuentan con cuerpos normativos que contemplan esta tipología específica de violencia contra la mujer.

De acuerdo con lo anterior, la finalidad del presente estudio fue analizar la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales, haciendo énfasis en las acciones configurativas de este tipo de violencia, el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y en los mecanismos de desautorización que tienen lugar en la relación médico-paciente. La población participante de la investigación está conformada por mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar, liderado por la Corporación Escuela Galán en el municipio de Une Cundinamarca, y cuyo último parto tuvo lugar durante los últimos dos años. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada.

A partir de las construcciones de los autores revisados, se entiende la Violencia Obstétrica como aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte del personal de salud durante las etapas de gestación, parto y puerperio o postparto, y se configura a partir de las dimensiones física y psicológica, por medio de acciones invasivas y deshumanizadas que interfieren en la apropiación del cuerpo, la autonomía y la sexualidad de la mujer (Medina, 2009), generando afectaciones no solo en la madre sino también en el recién nacido. Este tipo de violencia representa una derivación de las formas de violencia hacia la mujer (Ley venezolana N° 40.548, 2014), en el marco de la vulneración de derechos, específicamente de derechos sexuales y reproductivos (Alemán, 2011); además, hace énfasis especial en las relaciones desiguales que se establecen entre médico – paciente, que la legitiman (Belli, 2013).

La pregunta guía a partir de la cual surge la investigación es la siguiente: ¿Qué elementos de la Violencia Obstétrica se pueden identificar a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar del municipio de Une Cundinamarca?

### **1.2.2. Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Analizar la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.

#### **Objetivos específicos:**

4. Identificar las acciones configurativas de la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar Une Cundinamarca.
5. Describir los mecanismos de desautorización presentes en la relación personal de salud-madre establecida durante el parto, desde la experiencia de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.
6. Identificar los derechos sexuales y reproductivos vulnerados durante el parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.

### **1.2.3. Justificación**

La Violencia Obstétrica ha despertado la alerta de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de Salud, que en el 2014 emite una declaración por medio de la cual reclama acciones concretas a los gobiernos e instituciones de salud para la erradicación de este tipo de violencia (Organización Mundial de la Salud, 2014); para hoy, países como Venezuela, México y Argentina cuentan con legislación que tipifica este tipo de maltratos como Violencia Obstétrica. El caso de Colombia es distinto, aunque instituciones como la Secretaría Distrital de la Mujer reconocen la existencia de la violencia en estos procesos y declara la urgencia de que esta sea atendida, no se encuentran políticas o programas

específicos que le apunten a este objetivo. Al respecto, la Secretaría Distrital de la Mujer anuncia que:

Colombia está en deuda con las mujeres en el desarrollo de leyes y programas para la eliminación de la violencia gineco-obstétrica; por eso la Secretaría Distrital de la Mujer invita a las mujeres a conocer el tema, reconocer los derechos que tienen y a asumir una actitud de exigibilidad de los mismos. Esto permitirá que se construya el camino para una generación que sea parida en paz. (Secretaría Distrital de la Mujer, 2015)

Este tipo de violaciones se debe, según algunos estudios, al deterioro en la relación médico- paciente, a su vez asociado al status que posee la figura del “médico” y de la que este abusa (Vallana, V., 2016), posibles asociaciones a la discriminación por factores étnicos y socioeconómicos (Plataforma de Beijing, citada por Quevedo, 2012), además de la falta de reconocimiento y naturalización e institucionalización de esta que permite su reproducción (Santiago, R. V., Solórzano, E. H., Iñiguez, M. M., & Monreal, L. M. A., 2013).

Existen numerosas evidencias de las vulneraciones que tienen lugar en la atención del parto por parte del personal de salud. De acuerdo con esto, un estudio realizado en el Estado de Morelos en México, evidenció que el 11% de las 512 mujeres que hicieron parte de este, refirieron haber sido maltratadas, y que el 19% estuvo relacionado con el maltrato verbal, más del 7% maltrato físico y el 29% maltrato verbal y físico (Santiago, R. V., Solórzano, E. H., Iñiguez, M. M., & Monreal, L. M. A., 2015, p.1).

Como se mencionó, la Violencia Obstétrica se relaciona también con la práctica de procedimientos que no se justifican bajo el estado de salud de la mujer y que violan su privacidad; siendo que se ha demostrado la relación existente entre este tipo de violencia y la implementación de procedimientos que se vuelven rutinarios en las instituciones de salud. Así, se evidencia que estos procedimientos rutinarios están relacionados con la inducción del parto, la realización de enemas, rasurados, episiotomías, exceso de tactos vaginales por personal distinto, la imposición del parto horizontal, y la cesárea no justificada, entre otros, (Gil, González, Restrepo, & Tamayo, 2015).

El caso de la tasa de cesáreas en Colombia es alarmante, esta es considerada como una de las mayores a nivel mundial, respecto a lo que se encuentra que el porcentaje de cesáreas “ha ido en aumento entre los años 1998 y 2013, pasando de 24,85% a 45,51% en 2013” (MINSALUD, 2015, p.78), lo que al mismo tiempo supera los porcentajes entre el 10% y el 15% de cesáreas sugeridos y considerados como ideales por la OMS (OMS, 2015).

A pesar de que se evidencia producción académica alrededor de la Violencia Obstétrica desde diversas disciplinas de las ciencias de la salud como medicina y enfermería, también la hay en gran cantidad desde disciplinas de las ciencias sociales y humanas como la Sociología, la Jurisprudencia, la Psicología, entre otras. Sin embargo, desde el Trabajo Social la producción investigativa es incipiente, lo que se suma al escaso reconocimiento en términos investigativos e institucionales en Colombia, a pesar de que instituciones como la Secretaría Distrital de la Mujer afirman su existencia y la importancia de atenderla.

Por otro lado, se encuentra que, aunque el tema ha sido abordado en diferentes países de Latinoamérica, son pocos los trabajos que hacen alusión a la población rural, y para el caso de Colombia los procesos de investigación han estado enfocados en la atención del parto en instituciones con presencia en áreas urbanas como la ciudad de Bogotá.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación parte de la problemática principal que se gesta alrededor de la escasa exploración de la Violencia Obstétrica en el contexto colombiano, a partir de una mirada social y con mayor especificidad desde el Trabajo Social, siendo que este tipo de trabajos existen sólo en ámbitos de intervención en países como, por ejemplo, Argentina que cuenta con políticas y legislación que lo permiten.

Lo anterior se suma a la necesidad de profundizar en el proceso de construcción de conocimiento alrededor de este tipo de violencia, hasta el momento escasa, desde el campo concreto del Trabajo Social. Se parte de reconocer el Trabajo Social en el área de la salud, como parte de los equipos interdisciplinarios que atienden a la población gestante, frente al reconocimiento de los Derechos Humanos como principio y práctica de la profesión (Cordero, N., Fernández, I., Palacios, J. 2006), y así mismo en la prevención de la violencia contra la mujer (Gómez, J., & Ramírez, M. 2007), además del papel de este profesional en

el campo de la salud sexual y reproductiva, reconocido desde diferentes procesos de investigación a nivel latinoamericano, entre otros.

Se pretende que esta iniciativa represente un insumo para ahondar en el análisis de este fenómeno, como una forma de dar respuesta a los llamados de instituciones de carácter internacional como la OMS y a instituciones de carácter nacional como la Secretaría Distrital de la Mujer, que hacen alusión directa a este tipo de problemática; además del llamado que hacen instituciones como la Corporación Escuela Galán a trabajar en pro del fortalecimiento de la democracia y la autonomía de las poblaciones, entendiendo la Violencia Obstétrica como una forma de violencia que impide el ejercicio pleno de derechos por parte de las mujeres.

#### **1.2.4. Viabilidad de la investigación**

La viabilidad de la investigación está dada principalmente por la positiva disposición de la Corporación frente al trabajo de investigación y frente al acceso a la población de mujeres rurales pertenecientes al programa; además de la disponibilidad de condiciones para el viaje y la estadía que supone el acceso a la población, teniendo en cuenta su ubicación geográfica.

### **1.3. Marcos de referencia**

#### **1.3.1. Marco Legal**

Resulta fundamental conocer las disposiciones jurídicas y normativas que promueven la garantía de los derechos de las mujeres a nivel internacional, nacional, departamental y municipal. Estas son emanadas por distintas organizaciones e instituciones y ponen en evidencia la importancia de garantizar la igualdad, la equidad, y la prevención de la violencia de género en la sociedad. Por ende, se expone a continuación la siguiente tabla que reúne normas, leyes, que están relacionadas con la temática a abordar.

No obstante, ninguna es explícita en la identificación de la Violencia Obstétrica como un tipo de violencia, como sí lo es, en cuanto a otros tipos de violencia que los designa como “daños” físico, sexual, psicológica, económica, etc. Sin embargo, exponen el compromiso en cuanto a la prevención y erradicación de cualquier forma de violencia que afecte a las mujeres.

A continuación, se presentan las principales disposiciones normativas, nacionales e internacionales que enmarcan la investigación y sus respectivos aportes a la misma.



**Tabla 1:** Leyes y normas a nivel internacional

Ley o Norma	Descripción	Aporte a la investigación
<p><b>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer</b> 1981 ONU</p>	<p>Esta convención establece las formas de discriminación hacia las mujeres y la tarea de los estados firmantes de mitigar esta problemática, a través de modificación de patrones socioculturales para eliminar el prejuicio y la garantía de la educación familiar para la comprensión de la maternidad y la responsabilidad entre hombres y mujeres. Además de asegurar la participación política de las mujeres.</p>	<p>Establece la importancia de evitar la discriminación hacia las mujeres y reafirma el compromiso de Colombia para combatirla desde el año 1981.</p>
<p><b>La Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer, instaurada en 1993 por la Asamblea General de Naciones Unidas</b></p>	<p>Reconoce la urgencia de que la mujer sea reconocida como sujeto de derecho y de que la violencia de género es un asunto público, que requiere atención del estado, aboliendo cualquier tradición, o costumbre que vulnere a las mujeres.</p>	<p>Por primera vez pone en evidencia que la violencia de género es un asunto público y no solo privado, esto contribuye a entender por qué se constituye en Colombia posteriormente la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.</p>
<p><b>Ley 24623</b> <b>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer</b> “Convención de Belém do Pará” 1996</p>	<p>Esta convención establece las medidas para la prevención, la sanción y la erradicación de los distintos tipos de violencia contra la mujer; como lo son la violencia; física, sexual y psicológica. Además de los derechos de las mujeres y los deberes de los estados interamericanos y los mecanismo de protección.</p>	<p>Obligación de los estados interamericanos en la protección de las distintas formas de violencia que afectan a las mujeres, dado que ya en algunos países la Violencia Obstétrica es reconocida como un tipo de violencia que afecta a las mujeres.</p>

Fuente: elaboración propia

**Tabla 2:** Leyes y normas a nivel nacional

Ley o norma	Descripción	Aporte a la investigación
<p><b>Constitución Política de Colombia de 1991 art 5, 11, 12, 13, 16, 43, 93 y 94, 95.</b></p>	<p>Estos artículos reconocen a los ciudadanos como sujetos de derechos, sin ningún tipo de discriminación, y establece unos derechos fundamentales de los cuales todos los ciudadanos gozarán: el derecho a la vida, la igualdad y la libertad ante la ley, al libre desarrollo de la personalidad. Además de la igualdad entre hombres y mujeres, sin discriminación alguna sin embargo la mujer en su embarazo y después tendrán siempre asistencia y protección del Estado.</p>	<p>Colombia al ser un estado social de derecho, busca la protección de sus ciudadanos, protección que se da por medio de garantías básicas que denomina como derechos fundamentales que protegen a todos por igual. Sin embargo tendrán una especial protección y atención las mujeres embarazadas y con hijos, esto significa un trato específico y diferenciado.</p>
<p><b>Ley 731, 14 de enero de 2002</b></p>	<p>Esta ley define a la mujer rural y busca mejorar su calidad de vida, creando condiciones de equidad entre hombres y mujeres. Así mismo incentiva la participación de las mujeres en los fondos de financiamiento rural, en el régimen de seguridad social y en los órganos de decisión municipales. También menciona el fomento de educación rural y la formación profesional realizada por el SENA.</p>	<p>Aporta a la clarificación del concepto gubernamental por el cual se entiende qué es la mujer rural y pone en evidencia que debe acelerarse la equidad entre el hombre y la mujer rural. Además de los espacios de participación municipal e incentivos para ellas.</p>
<p><b>Ley 1009, 23 de enero de 2006</b></p> <p><b>Por la cual se crea con carácter permanente el observatorio de asuntos de género.</b></p>	<p>Se crea el observatorio de asuntos de género a cargo <i>de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer</i>, que tiene por objetivo crear un sistema de indicadores de género para hacer reflexiones críticas sobre “las políticas, los planes, los programas, las normas, la jurisprudencia para el mejoramiento de la situación de las mujeres y de la equidad de género en Colombia”.</p>	<p>Este observatorio podría ser una fuente de información, ya que posee datos de todas las mujeres del país, por sexo, edad, condición socioeconómica, ubicación territorial (rural/urbano) y etnia. Así mismo de las políticas, los programas, los planes, los proyectos, las normas, y la jurisprudencia que existen a nivel</p>

**Ley 1257 de 2008**

Esta ley busca propiciar la sensibilización, la prevención y la sanción de distintas formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Reconoce además los tipos de daños que pueden ser causados a la mujer (psicológico, físico, sexual y patrimonial), los derechos genéricos de las mujeres, así como también los derechos de las víctimas de violencia. Por otro lado la responsabilidad del gobierno nacional, los departamentos y los municipios, la familia y la sociedad.

Es importante precisar las medidas a tomar en el ámbito de salud, art 13; que son la creación de protocolos para la atención a víctimas en instituciones de salud, planes nacionales y territoriales de salud para la prevención e intervención integral de la violencia, y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

En el párrafo del artículo 13 especifica que el Plan Nacional de Salud creará acciones para prevenir la violencia contra las mujeres como un componente de salud pública.

nacional, departamental y municipal.

Sitúa la prevención de la violencia contra las mujeres como un componente de salud pública, donde las instituciones de salud poseen gran responsabilidad, no solo en la atención después del hecho violento, sino en la prevención, tomando en cuenta el enfoque de género y brindando una atención especial a las mujeres dependiendo de sus necesidades.

**CONPES 161**

Política Pública Nacional de Equidad de Género y precisa el plan de acción indicativo para el período 2013-2016.

Este documento desarrolla los lineamientos para la política pública nacional de equidad de género para las mujeres” y el “Plan para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias”. Busca enfrentar problemáticas que afecten a las mujeres de manera integral y con un enfoque de derechos garantizando un pleno goce de los derechos y aplicando principios de igualdad y no discriminación. Posee seis ejes que son:

1. Construcción de la paz y transformación cultural.
2. Garantizar la autonomía económica de las mujeres y potenciar la conciliación de la vida laboral y doméstica.
3. La participación de las mujeres en instancias de poder y toma de decisiones.

Se reafirma la importancia del enfoque diferencial de género en la prestación de los distintos servicios de salud, dado que las necesidades de las mujeres son distintas en todas las etapas del ciclo vital, sin embargo pone en evidencia la poca implementación del enfoque en la realidad de las instituciones y la prestación de los servicios de salud.

---

4. Enfoque diferencial de derechos de la salud

5. enfoque diferencial de derechos de la educación

6. desarrollo de un plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia.

En cuanto al 4 eje, la problemática según el anexo 4 del conpes 161, es la débil aplicación del enfoque de género en salud, y en el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos. Por ende se busca fortalecer el enfoque en el sistema de salud, mejorar el acceso y los servicios para las mujeres en todos sus ciclos vitales.

**Plan Decenal de Salud  
Pública, PDSP, 2012 - 2021**

Es un documento que busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:” 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable”.

Tiene en cuenta el enfoque diferencial, de género, de derechos, de ciclo de vida, étnico y poblacional.

Por otro lado un componente que resulta de interés para la temática investigada que es el de “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos”

que busca desarrollar acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, *humanizada* y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencia, y específicamente la estrategia “Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico” que da por medio de:

\*El empoderamiento de las mujeres, hombres, familia y comunidad para seguir las rutas de atención seguras con las mujeres antes durante y después del nacimiento.

\*Involucrando la política nacional de Humanización y fortaleciendo

Es fundamental conocer que el plan decenal de Salud considera la importancia y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. También, el abordaje integral de las mujeres antes, durante y después de los eventos obstétricos, abordaje relacionado también con las parejas o la red primaria.

---

<p><b>Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021</b></p>	<p>el acompañamiento de la pareja o la red de apoyo durante la gestación el parto y el postparto.          *Asegurar la calidad en la atención obstétrica, asegurando prioritariamente el binomio madre- hijo.          * Vigilancia en salud pública de la morbilidad materna y neonatal.          *Capacitaciones para asegurar la atención integral de calidad antes, durante y después del evento obstétrico.</p>	<p>Se encuentra la diferencia entre los derechos sexuales y reproductivos, y establece la libertad sexual y la libertad de la reproductiva, esta última libre de violencia.</p>
---	---	---

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3:** Leyes y normas a nivel Departamental

Ley o norma	Descripción	Aporte a la investigación
<p><b>Ordenanza N° 099 de 2011</b>            “Por el cual se adopta la Política Pública de “Mujer, equidad de género e igualdad de oportunidades en el departamento de Cundinamarca”</p>	<p>Busca implementar, monitorear y evaluar una política pública de mujer y equidad de género que propendan por la igualdad y la equidad de la mujer en el departamento y los municipios.            Se da por medio de unas estrategias afirmativas, que buscan promover el ejercicio de los derechos tales como; al desarrollo económico, a una salud integral, educación integral, una vida libre de violencias etc.            Así mismo, por medio de esta ordenanza, se crean y promueven una serie de instancias de participación para las mujeres estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consejo departamental de mujer y género.</li> <li>● Consejos consultivos de mujeres</li> <li>● Escuela de formación política, liderazgo y género.</li> </ul>	<p>Permite identificar desde el departamento cuales son las acciones que se han adelantado para la protección de la mujer rural, y los espacios en los cuales pueden participar para incidir políticamente.</p>

Fuente: Elaboración propia

### **1.3.2. Marco institucional**

La Corporación Escuela Galán para el Desarrollo de la Democracia (CEG), es una organización mixta sin ánimo de lucro, que lleva a cabo labores orientadas al fortalecimiento de la democracia y el desarrollo en términos institucionales; esto a partir del desarrollo de programas y proyectos orientados a tener impacto en el desarrollo y la calidad de vida de los colombianos.

De acuerdo con lo anterior, los valores misionales de la organización están orientados a “fortalecer la gobernabilidad democrática, el liderazgo responsable y el desarrollo social y humano, mediante procesos de formación, la investigación, la promoción de una cultura de paz y legalidad y el apoyo al desarrollo institucional” (Escuela Galán, 2013)

La historia de la Corporación inicia en el año 1989, año en el que, bajo la Ley de Honores de la República, se ordena la creación de una institución en honor a la memoria del líder político Luis Carlos Galán, que trabaje en pro del fortalecimiento de la democracia. Así, para el año 1992 el Ministerio de Educación crea el “Instituto Luis Carlos Galán para el Desarrollo de la Democracia” (ILCG) que dos años después asume el compromiso de formar en términos políticos y de ciudadanía a estudiantes y docentes bajo la aprobación de la Ley General de Educación; sin embargo, la estructura jurídica de la institución cambia para el año 2003, de manera que se liquida el ILCG y se crea la Escuela Galán para el Desarrollo de la democracia como una institución mixta sin ánimo de lucro (Corporación Escuela Galán, sf, p.13),

Las labores de la Corporación se direccionan bajo principios que se fundan en lo establecido en la Constitución Política de Colombia, concebir como centro a los beneficiarios de los proyectos, el fortalecimiento de instituciones democráticas, la búsqueda de articulación con instituciones públicas y privadas, la promoción de la cultura de la legalidad, la construcción de confianza entre las instituciones y la población civil con el fin de fortalecer el tejido social, la generación espacios de diálogo, consenso y participación, la preferencia por iniciativas integrales que abarquen lo individual lo familiar y lo colectivo, además de la promoción de la autonomía tanto de individuos como de comunidades. (Corporación Escuela Galán, s.f,p.2)

Las acciones de la corporación se ejecutan a partir del establecimiento de alianzas y cooperación con entidades internacionales, nacionales y locales públicas y privadas; en los últimos años se ha contado con la cooperación de instituciones tales como : Agencia Colombiana para la Reintegración, Agencia del Gobierno de Estado Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ), Unicef, DANE, Defensoría del Pueblo, Corporación Andina de Fomento (CAF), Ministerio de Justicia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) , entre muchos otros.

Los proyectos de la institución han estado orientados a la formación de líderes, la formación en democracia y ciudadanía, el desarrollo humano y apoyo en la construcción de proyectos de vida, además de apoyar procesos de construcción de paz con apoyo en la reintegración de excombatientes a la vida civil.

Esta institución ha contado con su presencia con proyectos en los 32 departamentos del país, entre los que se encuentra el departamento de Cundinamarca, que en alianza con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en su Modalidad Familiar y por medio del programa “Desarrollo Infantil en Medio Familiar” atiende a mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 5 años, en los municipios de Fosca, Gutiérrez, Medina, Quetame, Paratebuena y Une; realizando acciones en “los componentes de familia, salud y nutrición, pedagógico, talento humano, ambientes educativos y protectores, administración y gestión” , además de realizar “encuentros educativos grupales una vez a la semana en lugares disponibles y concertados con la comunidad y un encuentro educativo en el hogar una vez al mes” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar).

Así, la presente investigación se ubica en el programa liderado por la organización en el Municipio de Une Cundinamarca orientado a población rural, con atención a madres en el casco urbano del municipio (vereda San Isidro) y en las veredas rurales de Puente Tierra, San Luis, Raspados, La Combura y Salitre.

Pese a lo anterior, y aunque la población de la que parte la investigación es beneficiaria del programa mencionado, las contribuciones de esta se orientan directamente al fortalecimiento de los objetivos, propósitos y valores misionales de la corporación; siendo que tiene como propósito principal “impulsar procesos de desarrollo humano e institucional

y el debate sustentado en argumentos para fortalecer la gobernabilidad democrática y los liderazgos responsables, constructores de equidad, convivencia pacífica y Desarrollo” (Escuela Galán, 2013)

Teniendo en cuenta que, en términos misionales, una de las herramientas mencionadas es la investigación; de manera que la investigación en la Violencia Obstétrica sirva como un insumo para el fortalecimiento de la institución y su trabajo en la democracia y en la autonomía de las poblaciones con las que trabaja, con miras a ampliar la visión de formas de violencia que han sido poco estudiadas en el país y que dificultan la autonomía y el ejercicio pleno de derechos, en este caso, de la mujer.

### **1.3.3. Línea de investigación**

La línea de investigación, de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, en la que se enmarca el presente trabajo de grado, es a la línea No. 11 de “Salud y desarrollo humano”, teniendo en cuenta que la naturaleza del fenómeno abordado tiene lugar en el ámbito de la salud y se enfoca en las relaciones e interacciones que allí se establecen, por medio del análisis de una problemática que se gesta alrededor de la atención del parto, que dificulta el ejercicio de derechos y el bienestar pleno a mujeres puérperas. Dicha línea, parte de entender los procesos de salud- enfermedad desde diferentes disciplinas con el fin de contribuir al “bienestar y el desarrollo de las poblaciones” (Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 2016), de manera que:

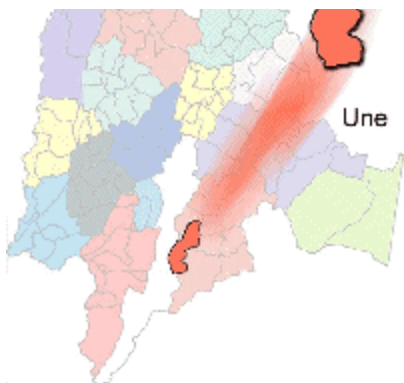
parte del hecho de que el proceso continuo salud-enfermedad tiene una explicación multicausal, cuyo análisis debe realizarse mediante la aplicación de modelos biopsicosociales que permitan comprender e intervenir los problemas de salud en el marco del bienestar y el desarrollo social integral (Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 2016).

### **1.3.4. Marco geográfico**

Une es un municipio ubicado en la Provincia Oriente del departamento de Cundinamarca; posee un área aproximada de 213 km<sup>2</sup>, y colinda al norte con Chipaque, al oriente con Cáqueza, al sur con Gutiérrez y al occidente con Bogotá.



*Ilustración 1:* Mapa de Cundinamarca



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 Unidos generamos Progreso”

El municipio está constituido por 17 veredas, siendo las siguientes: Llanitos, Mundo Nuevo, La Mesa, Bolsitas, Raspados, Salitre, Hoya de Pastores, La Combura, El Pedregal, San Isidro, San Luis, Queca, Puente de Tierra, Hoya de Carrillos, Matega, Timasita y El Ramal; sin embargo, desde el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Unidos generamos Progreso” se aclara que la vereda El Pedregal no se encuentra registrada en términos catastrales, es decir, que el municipio cuenta catastralmente con 16 veredas pero con 17 que poseen personería jurídica (Plan de desarrollo Municipal, 2016, p.20 ).

En términos poblacionales, según datos citados en el Plan de Desarrollo Municipal, para el 2005 el municipio contaba con 8.014 habitantes con una proyección para el 2015 de 9.196 (Plan de desarrollo Municipal, 2016, P.6).

Uña es un municipio preponderantemente agrícola, el 60% del territorio está en función de actividades de cultivo y actividades pecuarias, así la actividad económica del municipio gira alrededor del cultivo y/o producción de papa, siendo el mayor productor en la provincia, además de cebolla de bulbo, cilantro, zanahoria, maíz y arveja. (Plan de desarrollo Municipal, 2016).

### **1.3.5. Marco teórico-conceptual**

#### **Violencia contra la mujer**

Es fundamental entender qué es la violencia contra la mujer, ya que la Violencia Obstétrica es sólo una manifestación de este tipo de violencia. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer, ONU (1993), en el art 1 define la violencia contra la mujer como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer,

inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

Se retoma el concepto de violencia contra la mujer, dado que la violencia de género es mucho más amplia e involucra la categoría de género como construcción social y cultural y que no necesariamente está relacionada con el sexo, un requisito *cine qua non* para que pueda configurarse la Violencia Obstétrica, dado que el sexo femenino dota al cuerpo orgánicamente de la posibilidad de gestar.

Retomando el concepto de Violencia contra la mujer, es fundamental identificar que además de la acción que daña o produce sufrimiento a las mujeres, la omisión (Ley 1257 de 2008) también constituye un elemento de violencia contra la mujer.

Estas acciones y omisiones, constitutivas de la violencia, van en detrimento de los derechos de las mujeres; buscan controlar e implantar miedo y dominación, lo que llega a convertirse en un mecanismo de control. La violencia según la Ley Orgánica de Venezuela, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2014) proviene de Sociedades en que la autoridad es ejercida por un varón, entornos en los cuales se discriminan, subordinan y descalifican las mujeres.

Existen diferentes tipos de violencia hacia la mujer, unos que pueden llegar a ser más evidentes que otros, pero que siempre producen daño y sufrimiento a las víctimas. Dentro de los daños establecidos por la ley colombiana 1257 del 2008 están:

**Daño psicológico:** constituyen acciones u omisiones que buscan degradar o controlar las acciones decisiones, creencias, etc. Que implican un perjuicio en la salud mental, el desarrollo personal y la autodeterminación de mujeres.

**Daño o sufrimiento físico:** se entiende como el riesgo que puede sufrir la integridad corporal de una persona.

**Sufrimiento sexual:** acciones que buscan obligar a tener un contacto sexual físico o verbal, usando la fuerza, el soborno, la coerción, el chantaje que vulnerando la voluntad y la autonomía en el ámbito sexual.

**Daño patrimonial:** “Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer”.

Los anteriores son los distintos tipos de daños derivados de la violencia a los que pueden ser sometidas las mujeres, sin embargo, no existe un tipo de violencia o daño en Colombia relacionado con las mujeres en la gestación, parto y puerperio en las instituciones de salud. No obstante, sí existen legislaciones en Latinoamérica que comprenden la Violencia Obstétrica y otros tipos de violencia como: Violencia mediática, esterilización forzada, y violencia laboral.

### **La Violencia Obstétrica**

Desde la legislación venezolana, la Violencia Obstétrica es entendida 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 cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Ley No. 40.548, 2014)

Medina (2009) define las acciones configurativas de este tipo de violencia como “todas las conductas que pueden producir Violencia Obstétrica” y que pueden ser físicas o psíquicas. Así, la Violencia Obstétrica física alude a prácticas invasivas, el suministro innecesario o no justificado de medicamentos y a aquellas faltas cuando se hace referencia al respeto de tiempos y posibilidades de parto biológico; mientras tanto la violencia psicológica abarca desde la falta de información y participación en los procesos obstétricos, hasta el maltrato con relación al “trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención” (Medina, G., 2009, p.4).

La Violencia Obstétrica se enmarca en la vulneración de derechos, específicamente en lo que se refiere a derechos sexuales y reproductivos, estos se entienden a partir de la libertad y autonomía que tiene, en este caso, la mujer para decidir frente a su sexualidad, de manera que se concibe a esta como un sujeto de derechos, como una ciudadana capaz de tomar decisiones sobre su cuerpo. Alemán (2011), afirma que el ejercicio pleno de este tipo de

derechos depende de la disposición de condiciones, dadas por el Estado, que garanticen el ejercicio pleno de una ciudadanía que permita la libertad sexual y reproductiva.

El puerperio se concibe como uno de los momentos que tienen lugar dentro de la sexualidad de la mujer, de manera que concebir a la mujer como sujeto de derechos en estas etapas, supone tener en cuenta que su autonomía está ligada a “aspectos culturales, sociales, psicológicos, afectivos, así como biológicos” (Alemán, M., 2011, p. 13). Se afirma entonces, que el parto se reprime como componente sexual, puesto que siempre hay un profesional dispuesto a controlar, mecanizar y medicalizar, tomando parte en la represión sexual a la que ha sido sometida históricamente la mujer y que supone, como afirma Belli (2013), ver a la mujer como objeto de intervención y no como sujeto de derechos.

En países como Argentina se han realizado investigaciones que revelan que los derechos más vulnerados en el campo de la salud reproductiva con relación a derechos humanos son: “el derecho a la integridad personal” y el “el derecho a la privacidad e intimidad” mencionados en el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el “Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud” que se contempla en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; el “Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes” relacionado en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, y en el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; además del “Derecho a estar libre de discriminación” referido en el artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Belli, L., 2013).

De acuerdo con lo anterior, en la legislación venezolana (Ley No. 40.548, 2014, p.27) se consideran actos constitutivos de la Violencia Obstétrica:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Uno de los elementos de mayor incidencia en la vulneración de derechos de las mujeres en estado de embarazo, es el modelo tecnocrático imperante en el campo de la salud, que se caracteriza por concebir, desde la visión del médico, el cuerpo de la mujer como una “máquina” u “objeto”, visión influenciada por la trascendencia de tecnología en los procesos que supone la maternidad, generando rupturas en la relación médico-paciente que se limita a lo meramente procedimental (Floyd, Citada por Alemán, 2011).

El modelo mencionado se vincula con la relación desigual que se establece entre médico-paciente, mediada por relaciones de poder que se alimentan de las construcciones sociales que proporcionan estatus a la figura del médico, legitimando al mismo tiempo estas acciones violentas. Así, esta relación se entiende desde el “saber- poder” del médico, a partir del cual se afirma que el “profesional especialista se apropia de saber (y de poder) y cuenta con la legitimación técnica y prestigio social necesarios para afirmarse en su nueva condición” (Aguirre, C. et al, 2013, p. 22) de manera que la mujer pierde protagonismo y autonomía sobre su cuerpo en estos procesos.

Estas relaciones de poder llevan a afirmar a autores como Alemán (2011), que la Violencia Obstétrica se enmarca en la violencia de género y la violencia institucional, siendo que en las instituciones de salud se crean mecanismos que sostienen la violencia de género oculta y naturalizada; entendiendo que la violencia en el escenario de la salud, parte de la discriminación histórica a la que ha sido sometida la mujer, de manera que dicha naturalización de la violencia se relaciona con el hecho de que ésta hace parte de la vida cotidiana de la mujer.

De acuerdo con todo lo anterior, y teniendo en cuenta las construcciones de los autores citados, la Violencia Obstétrica va a ser entendida como aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte del personal de salud durante las etapas de gestación, parto y puerperio o postparto, y se configura a partir de las dimensiones física y psicológica, por medio de acciones invasivas y deshumanizadas que interfieren en la apropiación del cuerpo, la autonomía y la sexualidad de la mujer, generando afectaciones no sólo en la madre sino también en el recién nacido. Este tipo de violencia se entiende como una derivación de las formas de violencia hacia la mujer, en el marco de la vulneración de derechos, específicamente, de derechos sexuales y reproductivos; además hace un énfasis especial en las relaciones desiguales que se establecen entre médico- paciente que la legitiman.

### **Los derechos sexuales y reproductivos**

Los derechos sexuales y reproductivos son unas garantías, que según referencia el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), 1994 son para el disfrute de la vida sexual, con la libertad de elegir o no la procreación, cuándo y con quién. Además de recibir servicios adecuados si se toma la procreación como una opción, para un embarazo seguro y un nacimiento saludable.

Sin embargo, no existe un listado de derechos sexuales y reproductivos, la mayoría se adhieren a unos ya existentes dentro de los derechos humanos. Según Profamilia: “Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (DS-DR) son los mismos Derechos Humanos, interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción”(Profamilia, s.f. p. 15)

Desde la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología los derechos sexuales son: “la capacidad de mujeres y hombres de poder expresar y disfrutar su sexualidad de forma autónoma y responsable, sin riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, libres de coerción, violencia o discriminación” (citada por Profamilia, 1999, p.15). En ese sentido, los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con capacidad de disfrutar plenamente la sexualidad sin sufrir ningún tipo de riesgo, coerción o daño.

Por otro lado, los derechos reproductivos se relacionan con el “derecho a decidir si procrear o no, cuántos hijos tener y qué intervalo de tiempo dejar entre ellos. Esto se llama “autonomía reproductiva” (Profamilia, s.f., p. 17). Los derechos reproductivos están

relacionados con la educación para decidir libremente sobre los procesos de reproducción; el número de hijos y el intervalo entre ellos, el tipo de familia, servicios de salud que propicien una maternidad segura, libre de riesgos e hijos sanos.

Según algunos autores e investigaciones sobre la Violencia Obstétrica, existen unos derechos humanos que con frecuencia se ven vulnerados en el periodo de gestación, parto y postparto y que fueron mencionados en el apartado de la definición de Violencia Obstétrica, pero que vamos a profundizar a continuación:

**Derecho a estar libre de discriminación por género** Este se contempla en la Parte I Art 1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: La discriminación es “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer” (Sistema de Naciones Unidas de Panamá, 2010, p. 10).

**Derecho a estar libre de discriminación por posición socioeconómica.** Este derecho se encuentra consagrado en la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en la “Resolución 15 aprobada por la Conferencia General art 11, enuncia que:

“Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.

**Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes:** La Declaración Universal de Derechos Humanos en su Art. 5 señala que: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (1948, p.3), Así que debe respetarse su vida, su integridad física, psíquica y moral. En ese sentido este derecho es violentado cuando se obliga a las personas a cometer actos que van en contradicción a la convicción personal, moral o sus valores.

**Derecho a la salud, salud reproductiva** el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el numeral 2 del Art 10 reconoce que: Debe existir protección especial a las mujeres en el periodo de gestación parto y post parto, así como de

licencias con remuneración y prestaciones de seguridad social que permitan llevar este proceso de manera integral y con estabilidad económica (Naciones Unidas, 1966).

Así mismo, en el Art 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que los estados se comprometieron en tomar medidas apropiadas para eliminar la discriminación, también en el acceso a la atención médica en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Igualmente, este acceso debe mantenerse en el embarazo parto y postparto, por medio de servicios gratuitos que dentro de las posibilidades aseguren la nutrición de las mujeres en el embarazo y la lactancia.

**Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad:** El Art 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que: Nadie será objeto de injerencias, esto quiere decir intromisión en su vida privada, familia o domicilio ni ataques a su reputación u honra. Chiarotti, Garcia, Aucía y Armichiardi (2003) referencian que el derecho a la intimidad no es solo limitación de la injerencia de un actor externo, sino también hace referencia a la libertad para tomar decisiones pertenecientes a la vida privada de los individuos, sin coacción, amenaza, violencia.

**Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud:** Este derecho se encuentra consagrado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) y enuncia que: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. Esto quiere decir que debe tenerse en cuenta la autonomía de la persona a la que se le realizará el procedimiento.

### **Modelos de Atención**

Según Ruales (2004) los modelos de atención: “corresponde al contenido de la atención de salud y las características de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios; es la relación usuario-servicios de salud”. Entonces los modelos de atención nos explican la relación médico- paciente y en este médico madre.

Para descifrar la interacción que podría establecerse entre las mujeres y el personal de salud, se propone analizar los marcos propuestos por Matamala y Maynou, pero que en



realidad son modelos que exponen que la calidad de la atención en salud, para las mujeres puede estar regida por dos marcos que pueden ser el patriarcal y el humanista. Cada uno de ellos define un modo de atención, unos actores fundamentales, un papel de la mujer, así como del personal de salud.

**Tabla 4:** Marcos de atención desde la perspectiva de género.

	<b>Marco Patriarcal</b>	<b>Marco Humanista</b>
<b>Actores Fundamentales</b>	Personal de salud: Poseen la autoridad indiscutible y el conocimiento en la atención de las mujeres.	La mujer, asume la responsabilidad acerca del cuerpo, decide después de ser informada, está acompañada del personal de salud.
<b>Papel de la Mujer</b>	Es una paciente Sumisa, entiende la jerarquía del profesional, y tiene miedo a molestar.	Sujeto de derechos, posee autonomía, expresa seguridad
<b>Papel del Médico</b>	Profesional que sana, su tiempo es lo más importante, es impositivo, se guía más por las normas de la institución, que por las necesidades humanas.	Escucha, es empático, orienta, es flexible, Investiga, observa, aprende de las mujeres de sus valores, de su historia y de su entorno.

Fuente: Elaborado con base en Matamala y Maynou (2007) citada por Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (2007, p.20)

Las autoras señalan la importancia de la perspectiva de género “dado que contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las mujeres que consultan” (Matamala y Maynou , 2007, p. 2). Por ende, las mujeres en el marco humanista son visibilizadas en los procesos de atención como sujetos de derechos, autónomas, responsables y libres. En ese sentido, el marco humanista es el que debe implementarse para acompañar a las mujeres en las instituciones de salud, y durante todas las etapas de su ciclo vital, dado que permite una comprensión más amplia de su entorno y el motivo de la consulta.

Sin embargo, este marco resulta muy general para la temática a abordar dado que no especifica la atención en el periodo de gestación, parto y puerperio, aplica para todas las

etapas del ciclo vital. Aunque expone un elemento clave que es la perspectiva de género en la atención en salud, ya que las necesidades entre hombres y mujeres son distintas y más en los ámbitos de salud.

En ese sentido para complementar los marcos expuestos de Matamala y Maynou se encuentra dentro de la antropología del nacimiento, una propuesta específica que expone Robbie Davis Floyd sobre unos paradigmas de atención respecto a la asistencia obstétrica.

De ahí que la antropología del nacimiento manifieste que el embarazo y el parto no son solamente procesos biológicos, sino que se ven atravesados por la cultura y que cambian dependiendo los grupos sociales. (Blázquez, 2005)

Es desde la antropología del nacimiento que se busca comprender la reproducción como un hecho social, donde Floyd proponen los 3 paradigmas preponderantes de atención en salud en la gestación, el parto y el postparto.

Inicialmente la autora define la sociedad como una tecnocracia, “una sociedad post-industrial organizada alrededor de una ideología del progreso por el desarrollo de altas tecnologías y hacía ese punto se dirigen los valores claves. (Floyd , s.f, p. 1).

En esta sociedad se encuentran inmersos tres paradigmas: “el más dominante o hegemónico que es el modelo tecnocrático, el modelo humanístico y finalmente el modelo holístico”. Sin embargo, aclara que existen muchos más, dependiendo de la cultura, pero que estos tres pueden encontrarse en casi cualquier país.

**Tabla 5:** Modelos de nacimiento según Davis Floyd

<b>Modelos de nacimiento según Davis Floyd (2001)</b>		
<b>Tecnocrático</b>	<b>Humanístico</b>	<b>Holístico</b>

Perspectiva masculina, centrada en el médico.

- División mente/cuerpo
- La autoridad la posee exclusivamente el médico
- El cuerpo femenino una máquina defectuosa
- El hospital es una fábrica donde se obtienen los productos.
- La mujer es vista como un objeto
- El médico es el protagonista.
- La intervención médica es necesaria en todos los partos.
- El embarazo y el parto son procesos patológicos.
- El proceso de parto debe progresar, en caso de que no suceda deberá usar medicación

• "Sistema que trata al unísono la biología, los factores psíquicos y el ambiente social de la parturienta".

- Conexión entre cuerpo y mente.
- El cuerpo femenino es un organismo.
- La mujer es un sujeto
- Existe cariño y conexión entre mujer y cuidador.
- Se escuchan los sentimientos, pensamientos y deseos de las mujeres.
- La información, decisiones y responsabilidad son compartidas por la mujer y cuidador.

• Perspectiva femenina

- Unidad mente, cuerpo y espíritu.
- Centrado en la mujer.
- Busca reducir las intervenciones físicas actuando a nivel Emocional y espiritual.
- El cuerpo de la mujer es un organismo sano.
- Los procesos productivos son normales.
- El trabajo de parto posee su propio ritmo
- La autoridad y responsabilidad existen en cada individuo madre/ partera/ personal de salud.
- Acompañamiento de partera.

---

Fuente: Cuadro elaborado con base a los planteado por Davis Floyd (2001).

Los tres paradigmas ponen en evidencia las distintas relaciones en las que los equipos de salud y las mujeres pueden verse inmersas en las etapas de la maternidad, con distintos actores, grados de autonomía, respeto, etc. Por ende, es importante identificar cuáles reconocen a las mujeres como sujetos de derechos y se adecuan a sus necesidades, entornos y situaciones, tratando de eliminar el paradigma tecnocrático que patologiza, violenta y anula a las mujeres.

### **El poder simbólico presente en la relación médico- paciente**

La Violencia Obstétrica se da en un contexto dominado por el “saber- poder” en el que las decisiones son tomadas por el personal médico, de manera que la mujer pierde autoridad frente a sus procesos reproductivos al depositar confianza en el cuerpo médico sin cuestionamiento alguno. De acuerdo con esto, Sadler afirma que es el personal de salud el que tiene el poder para decidir sobre cada aspecto del parto, quienes pasan a tomar el papel de protagonistas que debería ser asumido por la mujer, quien se ve obligada a confiar en “quienes realmente saben” (Sadler, M., 2003, p. 20)

La violencia resulta, entonces, invisibilizada incluso para la mujer, pues esta asume que es el saber médico el único válido en procesos como el parto, frente a lo que Alemán (2011)

afirma que la Violencia Obstétrica se da en un contexto de naturalización de la inequidad y el poder que se construyen en el contexto de unas relaciones sociales jerárquicas de dominación que generan violencia, estos procesos se dan bajo lo que Bourdieu denomina como “poder simbólico” y “violencia simbólica”.

Según Bourdieu, los sistemas simbólicos aparecen como elementos “estructurados y estructurantes” de conocimiento y comunicación que construyen el mundo social y que están en función de garantizar “violencia simbólica”, siendo que estos sistemas simbólicos

cumplen su función política de instrumentos o de imposición de legitimación de la dominación que contribuyen a asegurar la dominación de una clase sobre otra (...) aportando el refuerzo de su propia fuerza a las relaciones de fuerza que las fundan, y contribuyendo así, según la expresión de Weber, a la “domesticación de los dominados” (Bourdieu, P., 1999, p. 69).

En este mundo simbólico, cumplen una función importante las palabras, la creencia y la legitimidad que se da, no solo a estas, sino también a quien las usa; a partir de esto las palabras adquieren un poder de “mantener el orden o subvertirlo” (Bourdieu, P., 1999, p. 72).

Estos procesos de dominación y violencia se dan a partir de lo que el autor denomina como “poder simbólico”, que es posible solo si se ejerce con complicidad de aquellos que “no quieren saber que lo sufren o que lo ejercen” (Bourdieu, P., 1999, p. 66). De acuerdo con esto

El poder simbólico, poder subordinado, es una forma transformada –es decir, irreconocible, transfigurada y legitimada–, de las otras formas de poder: no se puede superar la alternativa de los modelos energéticos que describen las relaciones sociales como relaciones de fuerza y de los modelos cibernéticos que hacen, de ellas, relaciones de comunicación, sino a condición de describir las leyes de transformación que rigen la transmutación de las diferentes especies de capital en capital simbólico, y, en particular, el trabajo de disimulación y de transfiguración (en una palabra, de eufemización) que asegura una verdadera transubstanciación de las relaciones de fuerza haciendo desconocer-reconocer la violencia que ellas encierran objetivamente, y transformándolas

así en poder simbólico, capaz de producir efectos reales sin gasto aparente de energía (Bourdieu, P., 1999, p. 72).

En este sentido, la construcción del mundo social se da en un contexto de sistemas ideológicos y de conflictos simbólicos en el que, mediado por intereses, las diferentes clases intentan imponer su definición del mundo social. De este modo, los procesos de dominación impuestos, aparecen tan imperceptibles que el orden social establecido desde aquí es concebido como natural; así, este sistema ideológico “consiste precisamente en la imposición de sistemas de clasificación políticos bajo las apariencias legítimas de taxonomías filosóficas, religiosas, jurídicas, etc.” (Bourdieu, P., 1999, p. 69).

En este campo de lucha simbólica, Bourdieu hace referencia a “los especialistas de la producción simbólica” quienes se establecen como productores a tiempo completo de la “violencia simbólica legítima” (concepto tomado de Weber) de manera que tienen “el poder de imponer (ciertamente de inculcar) instrumentos de conocimiento y de expresión (taxonomías) arbitrarias (pero ignoradas como tales) de la realidad social” (Bourdieu, P., 1999, p. 69). Se habla no sólo de especialistas sino también de grupos, que cumplen con estas funciones de imposición, apareciendo entonces, la figura de quienes dominan o ejercen el poder y de los dominados, quienes lo sufren y legitiman, al mismo tiempo, que sean los dominados quienes encabecen la escala jerárquica.

Las estructuras jerárquicas, propias del modelo tecnocrático bajo el cual se atiende el parto en las instituciones de salud, asignan roles que permiten la existencia de este campo simbólico, tanto de poder como de violencia. A este respecto, Casal y Alemán estudian la violencia simbólica a partir de los roles de mujer en relación a la maternidad y el rol de los profesionales sanitarios en obstetricia, de manera que se evidencia que, en términos de poder simbólico, quienes cumplen el papel de “agente dominante” es el personal sanitario mientras que el “agente dominado” es la madre (Casal & Alemany, 2014).

De acuerdo con todo lo anterior, y en el contexto de la violencia simbólica, Sadler (2003) da especial importancia al reconocimiento del saber biomédico como el único válido en el proceso de atención del parto, de manera que se despoja a la mujer de todo poder de decisión, que es posible bajo lo que la autora denomina como “mecanismos de desautorización” que

se presentan como mecanismos de control social presentes en la atención hospitalaria del parto.

Estos mecanismos de desautorización, planteados por Sadler (2003), son vistos desde los siguientes elementos:

- La homogenización es entendida como aquel proceso mediante el cual se despoja a la mujer de su identidad, pues se la somete a procesos que no tienen en cuenta sus rasgos socio-culturales individuales.
- La patologización por su parte se define a partir del rol de “paciente” que se le asigna a la mujer y que supone, al mismo tiempo, entender su condición de parturienta como una enfermedad y no como el proceso natural que es; aquí sobresale que los procedimientos “que se utilizan son estandarizados, y no se diferencia entre un parto normal de uno con complicaciones” (Sadler, M., 2003, p.27)
- La fragmentación, se define a partir del proceso de atención de la enfermedad en la que se ubica el parto, y que supone atender lo meramente físico dejando a un lado dimensiones como la subjetiva, la cultural, la emotiva, entre otras. Esto es visible por medio de las acciones del personal médico, siendo que este “sigue la evolución de las gestantes a través de la lectura de instrumental, técnicas y máquinas especializadas” (Sadler, M., 2003, p.27).
- La naturalización, supone ver a las mujeres como “más próximas a la naturaleza que a la cultura, por estar viviendo un proceso que remite a procesos fisiológicos naturales comunes a las hembras de las especies animales” (Sadler, M., 2003, p.28). Este supuesto parte de que es el personal médico el poseedor del conocimiento y por tanto el que toma las decisiones, de manera que se despoja a la mujer de su capacidad para tomar decisiones y se le concibe como desprovista de entendimiento, lo que genera que las explicaciones que se le dan frente a los procesos médicos son reduccionista e infantiles.
- La contaminación, supone la “supresión” de ciertas conductas de la mujer, que se supone “interfieren” con el proceso normal del parto, de este modo se le impone “determinado tipo de comportamiento”.

- Por último, la culpabilización supone que cualquier tipo de dificultad, interferencia o problema que tenga lugar en el proceso de parto, va a ser responsabilidad de la mujer, lo que viene acompañado de un sentimiento de culpabilidad.

### **La mujer rural en el contexto de la nueva ruralidad**

La mujer rural es definida en esta investigación desde el contexto de la nueva ruralidad, entendiendo las transformaciones y nuevas dinámicas a las que ha sido sometido el mundo rural y por tanto la mujer que lo habita. Esto supone tener en cuenta la dimensión de género y las transformaciones a las que han sido sometidas este tipo de relaciones en el ámbito rural.

De esta manera, la mujer rural se entiende desde lo planteado por Quijano & Pérez (2004), como aquella que se involucra en actividades productivas, reproductivas y/o comunitarias, en términos tanto agrícolas como no agrícolas o en “pluriactividades”; en las que va ganando más espacio no sólo en términos de implicación sino también de autoridad y liderazgo.

Para desarrollar este concepto es necesario entender que la nueva ruralidad trasciende la visión tradicional que se ha tenido del espacio rural, que lo define sólo como un sector productor y abastecedor de alimentos. De este modo, la nueva ruralidad comprende la complejidad del espacio rural, entendiendo que este ha generado nuevos procesos de adaptación provocados por la globalización que hacen menos visibles las brechas entre lo rural y lo urbano (Pita, González & Segura, 2015, p. 18).

Esta transcendencia de lo rural como lo meramente agrario es visible a partir de autores como Ceñal, para quien el medio rural es entendido desde sus elementos socioeconómicos, territoriales, geográficos, poblacionales, desde las instituciones, tanto públicas como privadas y desde la pluralidad de actividades que tienen lugar en este. Así, el medio rural se define como:

una entidad socioeconómica y un espacio geográfico, compuesto por un territorio, una población, un conjunto de asentamientos y un conjunto de instituciones públicas y privadas. Es un conjunto de regiones o zonas en las que se asientan pueblos, aldeas, pequeñas ciudades y centros regionales, espacios naturales y cultivados y en donde se desarrolla una gran diversidad de actividades como la agricultura, la industria pequeña

y mediana, el comercio, los servicios, la ganadería, la pesca, la minería, el turismo y la extracción de recursos naturales (Ceñal, citado por Quijano & Pérez, 2003, p.140).

Desde la nueva ruralidad y el desarrollo rural, se contemplan elementos que van más allá de la pobreza, teniendo en cuenta también la esfera “económica”, “política”, “cultural”, “social”, lo comunitario, y la incorporación de la “equidad de género” (Quijano & Pérez, 2003, p.141). La integración de estas dimensiones reivindica no solo el papel del hombre quien ha sido visto históricamente como el que lidera las labores que tienen lugar en el campo, sino también involucra la participación y el liderazgo de la mujer en estas actividades.

Investigaciones lideradas por Quijano y Pérez (2003) en los Departamentos de Boyacá y Nariño evidencian que la mujer, en la perspectiva de la nueva ruralidad, lleva a cabo actividades “productivas”, “reproductivas” y “comunitarias”.

De acuerdo con esto las actividades productivas están relacionadas con la generación, directa o indirecta de ingresos; mientras que las reproductivas están relacionadas con las actividades que se llevan a cabo en el hogar, que fuera de esta esfera pueden llegar a convertirse en actividades productivas. En este escenario, la pluriactividad, propia de la nueva ruralidad, que genera ingresos para las mujeres rurales se relaciona con actividades no agrícolas como “tejer para satélite” o las ventas; sin embargo, también se ve involucrada en actividades agropecuarias como lo son las actividades pecuarias, de ganadería, avicultura, acuicultura, agricultura, entre otros (Quijano & Pérez, 2003).

En cuanto a actividades comunitarias, se evidencia que son las mujeres en su mayoría, las que participan en espacios de encuentro relacionados con reuniones de padres de familia; además de que se ha empezado a intensificar su participación en procesos desde “Juntas de Acción Comunal, promoción social y grupos culturales” (Quijano & Pérez, 2004, p. 147).



## Capítulo II

### 2. Marco metodológico

#### 2.1. Argumento inicial de investigación

Se asume como un argumento inicial de las investigadoras, previo al desarrollo del trabajo, que las mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar de Une Cundinamarca, sufrieron Violencia Obstétrica en sus partos, a partir de acciones que se enmarcan en las dimensiones física y psicológica, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos, y la relación desigual que se establece entre personal de salud y madre.

#### 2.2. Paradigma de investigación

La naturaleza epistemológica de la investigación, se funda en el paradigma interpretativo o también llamado por Cerda (2008) como “cualitativo- interpretativo”, esto teniendo en cuenta que este hace énfasis en características metodológicas relacionadas con “la aplicación de técnicas para la descripción, clasificación y explicación” (Cerda, 2008, p. 34).

Entendiendo que los sujetos y en este caso las mujeres rurales inmersas en la investigación están cargados de creencias, intenciones, motivaciones y valores a partir de los cuales los sujetos significan, comprenden, e interpretan la realidad y en este caso el parto. (Latorre y otros, 1996, citado en Ruiz, 2003).

Para Pérez Serrano (1994), las características más importantes de este paradigma son: su énfasis es la descripción del contexto que explica la intersubjetividad, la comprensión de las creencias, valores y reflexiones desde los sujetos y la comprensión de la realidad con un conocimiento no neutral. En ese sentido, este paradigma busca comprender e interpretar la realidad social, los hechos y los significados de los sujetos dentro de contextos específicos y en una realidad cambiante.

#### 2.3. Tipo de investigación, enfoque y nivel

El enfoque de la investigación es cualitativo, es decir, que ofrece flexibilidad, pues permite modificaciones que se ajustan a la realidad y a los elementos emergentes que surgen

de la misma y que se incorporan a la investigación, elementos que no siempre permiten cumplir con los planteamientos iniciales de la misma (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014), dando paso a ajustes que atienden la naturaleza de problemáticas tan complejas como lo son la Violencia Obstétrica. De esta manera, la investigación cualitativa se define como:

Un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es *naturalista* (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e *interpretativo* (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen) (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014, p.9).

La investigación cualitativa, se caracteriza por seguir un proceso inductivo, centrarse en procesos de interpretación, generar hipótesis a medida que se va avanzando en la investigación, un proceso de reconstrucción de la realidad que parte de la visión de los sujetos, sus experiencias e interpretaciones, además hace uso de técnicas de recolección de información como la observación, la entrevista, la revisión documental, entre otras (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014).

Frente al nivel de la investigación, esta se ubica en dos niveles, el primero es de carácter exploratorio, este tipo de Investigación como lo referencia (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, 2014) Busca estudiar un problema o tema poco o vagamente estudiado, o ya estudiado desde nuevas perspectivas. Se plantea este nivel, dada la escasa producción sobre la Violencia Obstétrica en Colombia desde las ciencias sociales y específicamente desde trabajo social y particularmente en mujeres rurales.

El segundo nivel corresponde al descriptivo que se define como: un estudio que busca mostrar las características, perfiles, y los componentes de un fenómeno a investigar. (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, 2014). En cuanto a lo descriptivo es de interés observar cómo se da la Violencia Obstétrica en mujeres rurales, desde algunas categorías como: las acciones configurativas de este tipo de violencia, los mecanismos desautorización y los derechos sexuales y reproductivos.

## **2.4. Muestreo**

El tipo de muestra es “no probabilística”, entendida como aquella que se toma de acuerdo con las características de la investigación, de manera que no se busca una generalización de los resultados obtenidos a partir de la unidad de análisis (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014). Así, las características de las mujeres que hicieron parte de la muestra se relacionaron con que se tratara de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar, liderado por la Corporación Escuela Galán en Uña Cundinamarca, y cuyo último parto haya sido durante los últimos dos años.

Específicamente se trata de una “muestra de participantes voluntarios”, entendida como aquella en la que los sujetos acceden a ser parte de la investigación de manera voluntaria (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, 2014). De esta manera, las mujeres que hicieron parte de la investigación fueron aquellas que, cumpliendo con las características mencionadas verificadas por medio de un formato de caracterización, quisieron compartir su experiencia de parto.

## **2.5. Diseño de la investigación**

La presente investigación parte de un diseño narrativo, enfocado en la recolección de información relacionada con eventos específicos a partir de las narrativas de los sujetos que los viven, de manera que se centra en las categorías subyacentes a dichas teorías (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014). De acuerdo con esto, se entiende que el fenómeno de análisis es el de “la Violencia Obstétrica”, abordado a partir de la narrativa respecto a la “experiencia de parto”, relatada por mujeres rurales que han pasado por esta etapa durante los dos últimos años. Según Hernández, Fernández & Baptista (2014), las características de este diseño se centran en que los problemas más apropiados a abordar se relacionan con aquellos que, a partir del proceso de narrativa, brindan la posibilidad de contribuir a la comprensión del problema; su objeto de estudio se centra en la recopilación de historias alrededor de un evento específico; los instrumentos de recolección de información más frecuentes son la entrevista y el análisis de documentos escritos y audiovisuales; se hace énfasis en el contexto en el que tiene lugar el evento narrado, entre otros. Para Czarniawska, citado por Hernández, Fernández & Baptista (2014) este tipo de diseños

Pretenden entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentan. Se centran en “narrativas”, entendidas como historias de participantes relatadas o proyectadas y registradas en diversos medios que describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente (p. 488).

Según lo planteado por Meters, los estudios narrativos se dividen en “biográficos”, “autobiográficos”, y “tópicos”; el proceso de narración aquí tomado corresponde, entonces, a un estudio narrativo de “tópicos”, pues está orientado a una “temática, suceso o fenómeno” (Meters, citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p 490). Así, dichos autores afirman que las narrativas como parte del diseño de una investigación cualitativa pueden abordarse desde: biografías, la vinculación cronológica frente a algún acontecimiento, y a partir de la referencia a “pasajes o épocas” específicos narrados por quienes los viven (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p 488). Para este caso, el proceso narrativo se enfoca en este último, ya que se ubica en el momento del parto de las mujeres entrevistadas.

Cabe señalar que el diseño aquí implementado no enfatiza en el carácter cronológico de la narración, pues se abordó desde la naturaleza no lineal de esta, es decir, de la historia de cada mujer respecto a su experiencia de parto; así, las narrativas de las mujeres sirvieron como insumo para identificar los elementos de la Violencia Obstétrica presentes en sus experiencias de parto.

De acuerdo con lo anterior, se afirma que las narrativas pueden tomar formas tanto “lineales” como “circulares” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), de manera que las historias aquí retomadas se enfocan en una forma circular de la narrativa. Esto a pesar de que en el proceso de ensamblaje se refiere no solo a las historias individuales sino también a una “historia general”, en la que no se enfatizó, y que recoge las historias individuales e incluye elementos como el “comienzo”, el “desarrollo” y el “fin”; haciendo especial énfasis en las categorías y temas subyacentes a cada narrativa. El proceso de ensamblaje propuesto por Hernández, Fernández & Baptista (2014), se presenta a continuación:

*Ilustración 2:* Proceso de ensamblaje de historias en los diseños narrativos



*Fuente:* Elaborado por Hernández, Fernández & Baptista (2014, p. 489)

## 2.6. Técnica de la recolección de información

La técnica de recolección de información utilizada fue la entrevista, que se enfoca en la recolección de datos de tipo cualitativo y se da a partir de un encuentro en el que se establece un proceso de comunicación e intercambio de información entre entrevistador y entrevistado/s, por medio del establecimiento de preguntas y respuestas (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014). El tipo de entrevista utilizada fue la semi-estructurada, esta se basa “en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014, p. 404).

## 2.7. Población

La población la conformaron 10 mujeres rurales, con edades entre los 19 y 38 años de edad, pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar, liderado por la Corporación Escuela Galán en Une Cundinamarca, y cuyo último parto tuvo lugar durante los últimos dos años.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres se encuentran en unión libre, una mujer casada y una soltera. Respecto al nivel de escolaridad alcanzado, se encontró que las mujeres cuentan con formación básica primaria y media, solo una de ellas completó sus estudios a nivel técnico. Las labores a las que se dedican, se relacionan con el desarrollo de

actividades reproductivas vinculadas con el hogar, dos de las mujeres se dedican tanto a actividades productivas (no agrícolas) como reproductivas (enfermería y belleza); mientras que una se dedica a actividades productivas agrícolas relacionadas con el cultivo.

Frente al número de hijos, las participantes tienen entre uno y tres hijos; los partos con relación al número total de hijos representan doce cesáreas y seis partos naturales, mientras que con relación al último parto representan ocho cesáreas y dos partos naturales. Partos que en su mayoría fueron atendidos en el E.S.E. Hospital San Rafael de Cáqueza Cundinamarca y uno atendido en el Centro de Salud Timoteo Riveros Cubillos ubicado en el área urbana de Une.

En lo referente a la preparación antes del parto, seis de las mujeres refieren no haber recibido ningún tipo de preparación, mientras que cuatro referencian sí haberla recibido. Por otra parte, sobre las complicaciones durante el parto, seis mujeres refieren no haber sufrido complicaciones, mientras que cuatro refieren haber sufrido complicaciones relacionadas con la tensión alta, hemorragia, preeclampsia y un parto que tuvo lugar a los diez meses de gestación. En cuanto a las secuelas producto del trabajo de parto, sin diagnóstico pero referenciadas por las participantes, tanto en madres como el recién nacidos se encuentra que tres mujeres sufrieron efectos como preeclampsia, restos de bolsa amniótica, “fastidio hacia bebé”; y efectos en el recién nacido como hipoglicemia, referenciada por una mujer.

## 2.8. Operacionalización de categorías

### 2.8.1. Sistema de categorías

A continuación, se presenta el sistema de categorías con su respectivo contenido conceptual:

**Tabla 6:** Sistema de categorías

<b>Categoría</b>	<b>Definición de la categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Definición de la subcategoría</b>
Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica	Las acciones configurativas son entendidas como aquellas “conductas que pueden producir Violencia Obstétrica” y que pueden enmarcarse en las dimensiones física o psicológica.	Física	En la dimensión física se enmarcan aquellas prácticas invasivas, el suministro innecesario o no justificado de medicamentos y a aquellas faltas cuando se hace referencia al respeto de tiempos y posibilidades de parto biológico.
		Psíquica	En la dimensión psicológica se abarca desde la omisión de la información y participación en los procesos obstétricos, hasta el maltrato con relación al “trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención”

---

Derechos sexuales reproductivos	Los derechos sexuales y reproductivos son todas aquellas garantías, que permiten una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, o la libertad de elegir cuándo hacerlo o no hacerlo, en qué momento y con qué frecuencia.	Derecho a estar libre de discriminación por posición socioeconómica	Garantía de que los derechos y libertades de las personas sean respetadas sin discriminación o estigmatización por motivos culturales, raciales, de género, económicas, etc.
		Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes:	Garantía de la integridad física, psíquica y moral de las personas
		Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad	Garantía de una zona personal, privada e íntima, una barrera que impide una injerencia externa en las personas.
		Derecho a la salud reproductiva	Acceso a servicios médicos integrales en el periodo de gestación parto y post parto.
		Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su	Garantía de recibir información suficiente y de poseer autonomía para decidir libremente frente a los procedimientos que van a realizarse a la paciente.

---



---

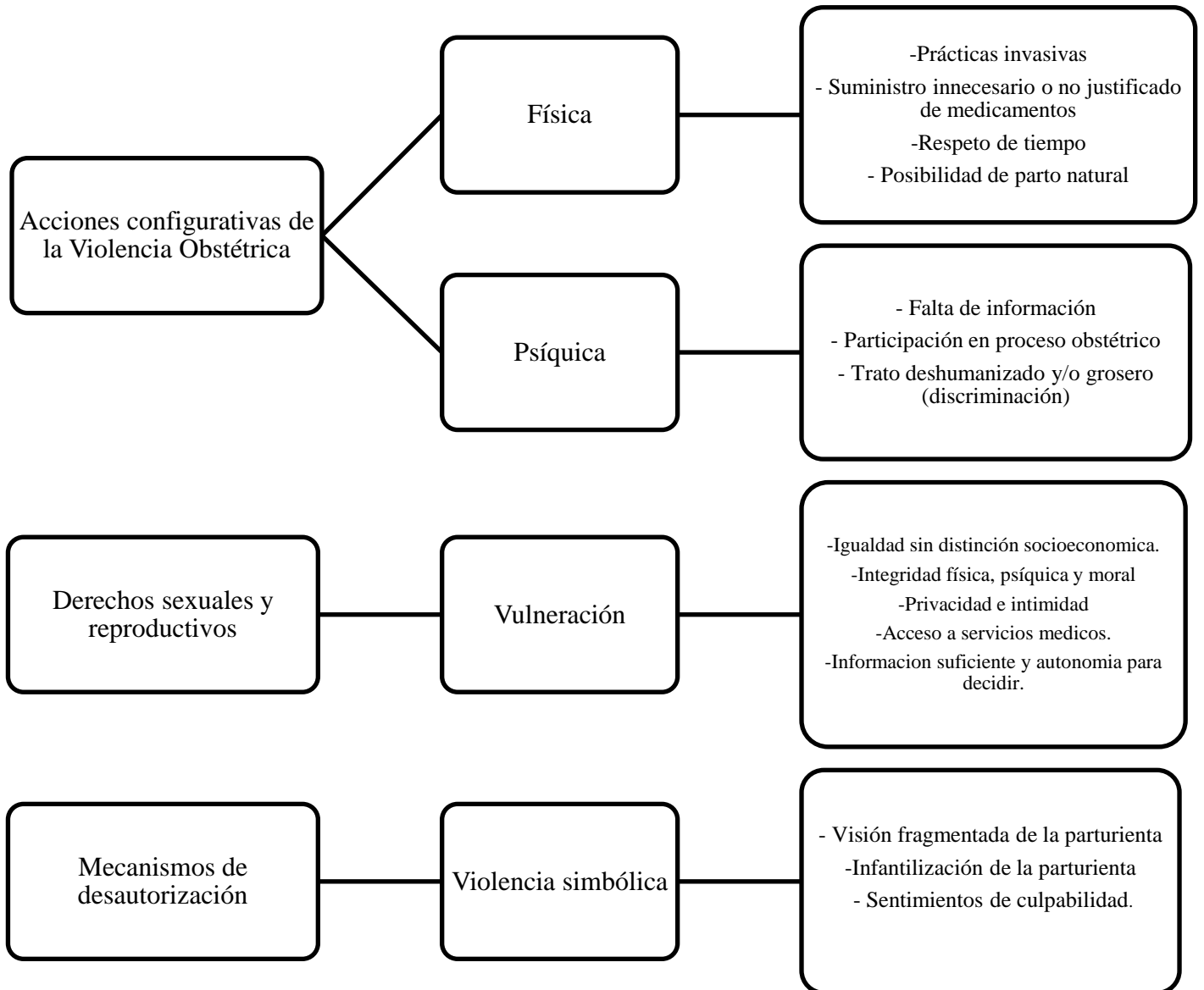
 Salud

Mecanismos de desautorización	Son mecanismos de control social presentes en la atención hospitalaria del parto, que se dan en el campo de la violencia simbólica.	La fragmentación	Se define a partir del proceso de atención de la enfermedad en la que se ubica el parto, y que supone atender lo meramente físico dejando a un lado dimensiones como la subjetiva, la cultural, la emotiva, entre otras. Esto es visible por medio de las acciones del personal médico, siendo que este “sigue la evolución de las gestantes a través de la lectura de instrumental, técnicas y máquinas especializadas”
		La naturalización	Desde este mecanismo el personal médico es visto como el poseedor del conocimiento y por tanto el que toma las decisiones, de manera que se despoja a la mujer de su capacidad para tomar decisiones y se le concibe como desprovista de entendimiento, lo que genera que las explicaciones que se le dan frente a los procesos médicos son reduccionista e infantiles.
		La culpabilización	Supone que cualquier tipo de dificultad, interferencia o problema que tenga lugar en el proceso de parto, va a ser responsabilidad de la mujer, lo que viene acompañado de un sentimiento de culpabilidad.

### 2.8.2. Puntos de reflexión frente a las categorías

A continuación, se presentan los puntos de reflexión a partir de los cuales se elaboró el instrumento de recolección de información.

*Ilustración 3: Puntos de reflexión*



Fuente: Elaboración propia

## Capítulo III

### 3. Manejo de los datos cualitativos

#### 3.1. Transcripción de la información

Para Bonilla y Sehk (2005) la transcripción, en este caso de entrevistas grabadas en audio, se presenta como un elemento importante frente al acercamiento que genera entre el investigador y los datos recogidos. De acuerdo con esto, se afirma que más allá de ser una tarea meramente mecánica, el proceso de transcripción incluye un proceso de interpretación; así

Cada paso en el proceso de transcripción/traducción involucra decisiones y elecciones a las cuales hay que estar atento, pues ellas tienen efectos sobre el contenido y la calidad del material a partir del cual la investigación espera dar noción de la realidad bajo estudio (Bonilla, E., & Sehk, p., 2005, p. 246)

De acuerdo con lo anterior, se llevó a cabo la transcripción de diez entrevistas, grabadas en audio con una duración entre 12,39 y 29,39 minutos.

#### 3.2. Categorización inductiva y codificación

Según Bonilla y Sehk (2005) la categorización consiste en el fraccionamiento del universo de los datos recogidos en subconjuntos organizados con el objetivo de construir el sentido de la información, esta puede realizarse en tres formas, deductiva cuando las categorías se desprenden de la teoría. Inductiva cuando las categorías emergen en su totalidad de los datos recogidos y la abductiva cuando el investigador descubre eventos sorprendidos que no contemplo para los cuales tiene que recurrir a la creación de conceptos o reglas.

Para dar sentido a la información es necesario comprender tres niveles que son: Codificación o categorización inductiva que consiste dividir la información y asignarle un código. El segundo nivel es el análisis de la información teniendo en cuenta las preguntas y los objetivos de la investigación, el tercer y último nivel es analizar la información dada por los participantes en la investigación. En ese sentido, para la categorización de esta investigación, se retomaron elementos de las tres formas expuestas que son deductiva, inductiva y abductiva. Esto quiere decir que la información fue categorizada a través de

elementos teóricos, elementos conceptualizados a partir del discurso de los participantes y elementos no contemplados desde los inicios de la investigación considerados aquí como hallazgos.

De manera seguida se presenta el proceso de categorización inductiva y deductiva:

**Tabla 7:** Categorización deductiva e inductiva

<b>Categoría general</b>	<b>Categoría deductiva</b>	<b>Agrupación por temas</b>	<b>Categoría inductiva</b>
Configuración de la V.O	Física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de explicación frente a procedimientos</li> <li>• Demora en la atención</li> <li>• Procedimientos dolorosos</li> <li>• Falta de comunicación entre el personal de salud</li> <li>• Cesáreas programadas</li> <li>• Partos pasados de tiempo</li> </ul>	Demora frente a la atención
	Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regaños por parte del personal de salud</li> <li>• Falta de información</li> <li>• Mal trato verbal por parte del personal de salud</li> <li>• Imposición por parte del personal de salud</li> </ul>	Obstrucción en la toma de decisiones Maltrato verbal por parte del personal de salud
Derechos sexuales y reproductivos	Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltrato verbal por solicitudes de la madre</li> <li>• Demoras en la atención del parto</li> <li>• No atención de necesidades como el hambre</li> </ul>	Mala atención por parte del personal de salud
	Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tactos por personal diferente</li> <li>• Sentirse observada por personal diferente</li> <li>• Sentirse observada por otras madres</li> <li>• Sentirse observada por familiares de otras madres</li> </ul>	Falta de condiciones de privacidad

	Derecho a la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de personal médico</li> <li>• Falta de preparación anterior al parto</li> <li>• Demoras en la atención</li> <li>• Distancia para el acceso a servicios</li> <li>• Descuido por parte del personal de salud</li> </ul>	Condiciones institucionales
	Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información escasa frente al estado de salud de madre-bebé</li> <li>• Escasa información frente a procedimientos y medicamentos</li> <li>• Falta de información frente a oferta de preparación anterior al parto</li> <li>• Coerción frente a la aplicación de medicamentos y ejecución de procedimientos</li> <li>• Escasa comunicación entre médico y madre</li> </ul>	Calidad y cantidad de información
Mecanismos de desautorización	La fragmentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de heridas</li> <li>• Necesidad no sentida de atender lo emocional durante el parto por parte de la madre</li> <li>• Preguntas frente al dolor</li> <li>• Desinterés del personal frente a la atención de lo emocional</li> </ul>	Coerción
	La naturalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensidad por parte del personal de salud</li> <li>• Explicaciones reduccionistas a la madre</li> <li>• Invalidar el saber de la madre</li> <li>• Validación del conocimiento del médico</li> <li>• Imposición por parte del médico</li> </ul>	Atención enfocada en la salud física
	La culpabilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de culpabilidad en la madre, cuando no se comporta como el personal espera</li> </ul>	Saberes
			Recriminación hacia la mujer frente a complicaciones

---

- Sentimiento de culpabilidad en la madre, cuando su estado de salud no es el que el personal espera

---

Fuente: Elaboración propia

Debido a que hallaron elementos que no se contemplaron inicialmente en la investigación se optó por crear una categoría abductiva, desde la que se contemplan aspectos relacionados con el parto humanizado. Dicha categorización se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 8:** Categorización abductiva

<b>Categoría abductiva</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Agrupación por temas</b>
Parto humanizado	Desde el parto humanizado son entendidas todas las necesidades de la madre en oposición al “modelo medico medicalizado”, centrado en el proceso natural del parto, en donde se tienen en cuenta las necesidades sentidas por la mujer y su familia. Aquí el protagonismo se centra en la madre y su hijo, el respeto de sus decisiones y las decisiones que tome con su pareja, teniendo en cuenta su dimensión emocional, cultural y social. De acuerdo con esto, el papel que asume el personal de salud y los elementos utilizados en la atención del parto son vistos como “medios”. Así, la atención prestada por el personal se basa en el respeto de la dignidad y los derechos humanos. (Almaguer, García & Vargas, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena atención</li> <li>• Buen trato verbal</li> <li>• Atención psicológica</li> <li>• Buena comunicación entre médico- paciente</li> <li>• Posibilidad de acompañamiento por una persona de confianza</li> <li>• Oferta de preparación anterior al parto</li> </ul>

---

Fuente: Elaboración propia

### 3.3. Análisis e interpretación de datos

Para Bonilla y Sehk (2005) el análisis es la descomposición de la información contenida en las categorías, encontrando recurrencias, contradicciones, respuestas atípicas, etc. Las autoras plantean diferentes estrategias para realizar el análisis de la información entre ellas; las taxonomías, listas de conteo, redes causales o cadenas lógicas de evidencia, matrices descriptivas y taxonomías. Esta última se considera como la más pertinente para el análisis de la información, teniendo en cuenta que usa “clasificaciones más detalladas de la información contenida en las subcategorías. Sirven para visualizar los datos y para comenzar a detectar relaciones entre ellos”. (Bonilla, E., & Sehk, p., 2005, p. 264)

La interpretación, por su parte, se presenta como una fase subsiguiente a la categorización y análisis de la información, se basa en un proceso de representación conceptual que supone tener en cuenta las relaciones que se establecen entre los diferentes elementos de la información recogida, permitiendo tener una visión más completa del fenómeno investigado (Bonilla, E., & Sehk., 2005).

De acuerdo con lo anterior, la interpretación de la información proporcionada por las participantes de la investigación se lleva a cabo teniendo en cuenta el proceso sugerido por Bonilla y Sehk (2005), quienes proponen el siguiente esquema de interpretación apoyado con citas extraídas del discurso de la población entrevistada:

- a) descripción de los hallazgos aislados;
- b) identificación de relaciones entre variables;
- c) formulación de relaciones tentativas entre los fenómenos;
- d) revisión de los datos en búsqueda de evidencias que corroboren o invaliden los supuestos que guían el trabajo;
- e) formulación de explicaciones sobre el fenómeno;
- f) identificación de esquemas teóricos más amplios que contextualicen el patrón cultural identificado (Bonilla, E., & Sehk., 2005, p. 269).

Antes de dar inicio al análisis por categoría, se precisa mostrar al lector el escenario global del fenómeno investigado, que permita entender la generalidad de la problemática a través del análisis puntual de las experiencias de parto de las entrevistadas.

Las manifestaciones de violencia aquí halladas, se presentan en un escenario de naturalización de la violencia por parte de las madres; teniendo en cuenta que frente a la



pregunta “¿se sintió vulnerada o maltratada durante su último parto?” la mayoría de las madres respondieron que no, aun cuando a lo largo de sus narraciones se identifican diferentes aspectos relacionados con la Violencia Obstétrica; sólo dos de las mujeres afirmaron experimentar vulneración y/o maltrato, ya que eran casos que responden a situaciones severas de violencia.

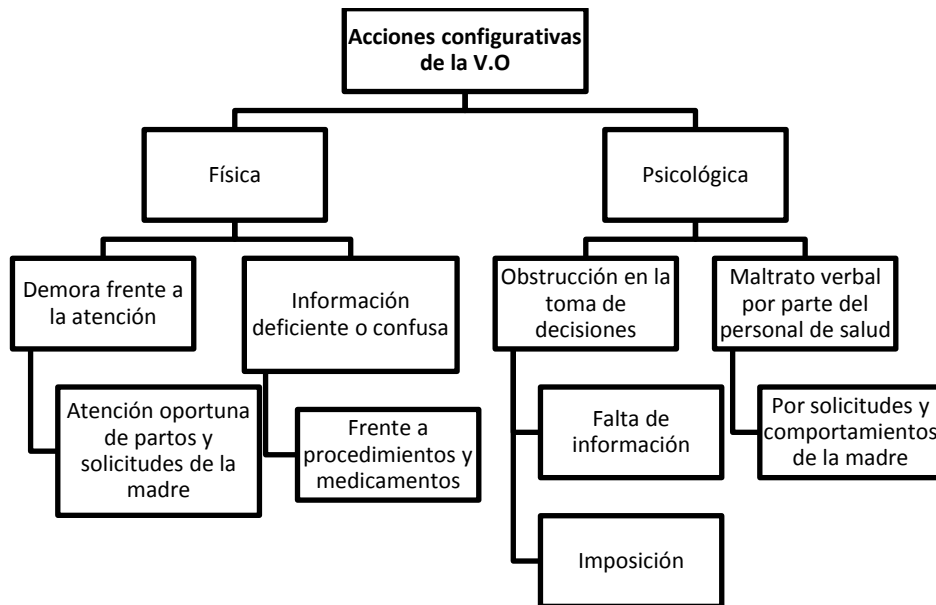
La relación que se establece entre el médico/ cuerpo de salud y la mujer, está mediado por relaciones de poder, a partir de ellas se puede explicar la atención que se brinda a las madres en los servicios de salud. Según lo narrado, esta atención se da en el marco del sistema patriarcal, ya que se cumple con las condiciones descritas por Matamala & Maynou (2007), bajo las cuales el actor fundamental es el personal de salud, el cual posee la autoridad y el conocimiento, y donde la mujer es una paciente sumisa que asume lo impuesto por el personal; lo que responde al mismo tiempo al modelo de nacimiento tecnocrático propuesto por Davis Floyd (2001).

De acuerdo con lo anterior, se presenta el proceso de análisis e interpretación por categorías deductivas de: Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica, ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos y los mecanismos de desautorización presentes en la relación médico-paciente; que parten de las categorías inductivas que se presentan en las figuras “1, 2 y 3”. En este sentido, en cada sección se presenta una taxonomía como la explicación gráfica del proceso inductivo.

### **3.3.1. Categoría: Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica**

Teniendo en cuenta que las acciones configurativas de la Violencia Obstétrica se enmarcan en las dimensiones “física” y “psicológica”, se hace referencia a cada de dimensión a continuación, dimensiones que se ilustran en la siguiente taxonomía:

Figura 1: Taxonomía “Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica”



Fuente: Elaboración propia

Las acciones que se ubican en cada una de estas dimensiones, no suponen necesariamente que exista afectación de tipo físico y/o psicológico, teniendo en cuenta que a partir de la información recolectada no se da cuenta de los impactos que dichas acciones generaron en las entrevistadas; la identificación de estas acciones simplemente responde a unas manifestaciones que pueden enmarcarse en las dimensiones descritas y a partir de las cuales se genera violencia.

### Dimensión física

De acuerdo con lo dicho por las mujeres, en la dimensión física se enmarcan todas aquellas acciones que dan cuenta, por un lado, de demoras frente la atención y por otro, la información que proporciona el personal de salud, información que se torna deficiente o confusa para la mujer.

La demora frente a la atención, se evidencia específicamente en aquellas situaciones en las que la madre no la recibe atención de manera oportuna al acercarse al centro de salud para que su parto sea atendido y frente a la respuesta de solicitudes hechas por la madre, relacionadas con la atención al dolor físico. Aquí sobresalen aquellos casos en los que se corre el riesgo de ahogo en el bebé dentro del vientre de la madre, además del sufrimiento fisiológico de la madre por varios días a espera de la dilatación que en varios casos nunca se

da y se procede a hacer cesárea, de manera que se da un doble procedimiento “trabajo de parto” y “cesárea”.

Dicha demora puede deberse a la ausencia de personal especializado como el “ginecólogo”. Como se evidencia en el relato de la siguiente mujer:

*“Pues mal, por partes, porque no me atendían rápido, mi bebé ya estaba casi ahogándose y pues mi esposo y mi mamá, toda mi familia tuvo que estar allá para que me atendieran rápido porque ya tenía cuarenta semanas y después de que me atendieron me tuvieron dos días hospitalizada sin hacerme nada. Después me pusieron un medicamento que se llama pitocín, dos días ahí con dolores, nada, ya a lo último pues el médico vio que no podía nacer el bebé y me hicieron una ecografía, el bebé estaba muy pegado a la parte de la cadera y por eso era que no podía nacer y hasta ahí pudo nacer, ya después, cuatro días después”* (Entrevista No.3, 20 de noviembre del 2017).

La demora frente a la atención, tal y como la entienden las mujeres, no se contempla desde el marco teórico, sin embargo, la atención vinculada con el dolor corporal, se presenta como un nuevo elemento que debería ser tenido en cuenta dentro de la dimensión física.

Por su parte, la información deficiente o confusa se presenta frente a la explicación de procedimientos como la cesárea, el uso de medicamentos como el pitocín y la inyección trimestral; esto no implica necesariamente que dichos procedimientos sean “innecesarios” o no “justificados”, sencillamente la comunicación entre médico y madre resulta tan mínima que la necesidad de estos no se refleja en las explicaciones y en la información que el médico suministra a la madre.

Así, se evidencia desde lo narrado que existe un suministro de información somero que no permite la toma autónoma de decisiones por parte de las mujeres, posibilitando que quien tome las decisiones sea el personal de salud y que esta decisión sea entendida por ellas como una imposición por parte del médico, frente a la cual ellas no realizan ningún pronunciamiento o cuestionamiento inmediato. El proceso aquí descrito se evidencia en el siguiente fragmento:

*“Y más encima me aplicaron la inyección trimestral, no me dijeron que era y me la pusieron y yo con esos entuertos, no me dijeron las consecuencias. El médico dijo hay*

*que ordenar la trimestral para aplicársela”* (Entrevistada No.7, 21 de noviembre de 2017)

Lo anterior se suma con la información que se da en relación al cumplimiento del tiempo gestación, ya que el parto tiene lugar en una fecha que excede o es inferior a las cuarenta semanas de gestación, teniendo en cuenta únicamente el tiempo considerado por el médico y su disponibilidad. Esto se vincula con lo contemplado por Medina (2009) desde aquellas faltas cuando se hace referencia al respeto de tiempos y posibilidades de parto biológico, lo que se asocia al mismo tiempo con la concepción de “subordinada” que parece tener la mujer en el contexto de la atención de su parto, esto teniendo en cuenta que no se toman en cuenta sus sugerencias, solicitudes y/o manifestaciones de dolor.

La información deficiente y la demora de la atención, aunque no son elementos que generen daño físico en sí mismos, sí se consideran desde aquí como aquellos que dan paso o de los que dependen este tipo de perjuicios, asociados con el dolor físico sentido por las mujeres entrevistadas. Así, los elementos hallados en esta dimensión dan cuenta de uno de los tipos de violencia contra la mujer denominado como “daño o sufrimiento físico”, donde se contempla el “Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona” (Ley N°1257, 2008).

Aquí es importante hacer referencia a las cesáreas, teniendo en cuenta las cifras alarmantes que presentan este tipo de procedimientos en Colombia según el Ministerio de Salud y que superan los porcentajes entre el 10% y el 15% propuestos por la OMS (2015), procedimientos que no siempre están justificados por el estado de salud de la madre, tal y como lo afirma Medina (2009). De los partos analizados solo dos representan partos naturales y ocho representan cesáreas; la mayoría de los casos presentan como justificación de la cesárea el haber tenido un parto anterior por cesárea y/o el haber presentado complicaciones como el no avance en el proceso de dilatación, sin embargo, también se presentan casos sin aparente justificación del procedimiento.

En esta situación, varias de las mujeres mencionan su preferencia por tener a su hijo por parto natural, sobresaliendo lo impositivos que resultan este tipo de procedimientos. Esto es evidente a partir de lo narrado por la entrevista número 4:

*“pues lo único es que lo ponen a firmar a uno de resto no le preguntan a uno nada, no le dan ni opción; porque por ejemplo yo he escuchado que después de los cinco años uno lo puede tener normal, que es un poquito riesgoso y ellos no le dan la opción a uno, o lo tiene por cesárea o lo tiene por cesárea”* (Entrevistada No. 4, 21 de noviembre de 2017).

Pese a lo anterior, desde el análisis hecho no se pretende profundizar en la justificación de este tipo de procedimientos ya que resulta ser un aspecto netamente médico.

### **Dimensión psicológica**

A partir de las experiencias de parto analizadas, se presenta la obstrucción en la toma de decisiones y el maltrato verbal por parte del personal de salud, como elementos que se enmarcan en la dimensión psicológica.

Así, el maltrato verbal por parte del personal de salud, es evidente cuando la madre hace solicitudes a este, requerimientos relacionados con: medicamentos, claridad frente a procedimientos y atención del dolor; además de que dicho maltrato se da cuando la mujer presenta comportamientos como gritar, llorar, expresar el dolor y preguntar. Se encontró que esta forma de violencia está mediada por la falta de credibilidad que el médico tiene en lo expresado por la madre, deslegitimando lo sentido por ella.

Este maltrato se materializa en comentarios hechos por personal de salud, que como afirma Medina resultan deshumanizados, groseros, discriminatorios y humillantes (2009, p.4). Comentarios de este tipo son evidentes en los siguientes fragmentos:

*“cállese y deje de gritar o si no le dejo esa china adentro”* (Entrevistada No.10, 22 de noviembre de 2017).

*“Esperé como una hora y yo pensé en desconectarme, como a los 10 minutos llegó la doctora y qué vaciada que me pegó, me dio mi retacada me dijo estos aparatos no valen 100 pesos, eso tiene cárcel si los daña”* (Entrevistada No. 7, 21 de noviembre de 2017).

*“En el modo que yo me levanté a salvar a mi hijo, ellas me regañaban, no me creían que él se me ahogaba hasta la tercera vez que se puso morado y ahí sí me creyeron”*. (Entrevistada No. 5, 22 de noviembre de 2017).

La obstrucción en la toma de decisiones, se presenta cuando el personal de salud comunica información mínima que impide el ejercicio de la autonomía por parte de las madres; proceso por medio del cual, según las entrevistadas, se instiga a la mujeres para que tomen decisiones que son más convenientes según el personal de salud, en contravía de lo que desea la mujer. Esta dimensión se encuentra directamente relacionada con los derechos sexuales y reproductivos, específicamente con la vulneración del derecho a la toma de decisiones libres e informadas, categoría que se profundizará sobre la toma de decisiones mediadas por la información. Lo anterior se evidencia a partir del siguiente relato:

*“Pues en sí, pues no, pues lo único es que lo ponen a firmar a uno de resto no le preguntan a uno nada, no le dan ni opción; porque por ejemplo yo he escuchado que después de los cinco años uno lo puede tener normal, que es un poquito riesgoso y ellos no le dan la opción a uno, o lo tiene por cesárea o lo tiene por cesárea”*. (Entrevistada No.4, 21 de Noviembre de 2017).

A diferencia de lo planteado por Medina (2009), aquí la información no solo se “omite” sino que se da de manera parcial, y se encuentra directamente vinculada con la instigación, dada la falta de opciones que se dan frente a los diferentes procedimientos.

En esta dimensión, es evidente que existe un comportamiento esperado por parte de la madre, que debe responder a unas conductas que parecen ser obligatorias según el cuerpo de salud; las conductas ideales parecen ser: el silencio, la paciencia y la obediencia. Al no darse este tipo de comportamientos se presentan manifestaciones verbales que vulneran a las mujeres.

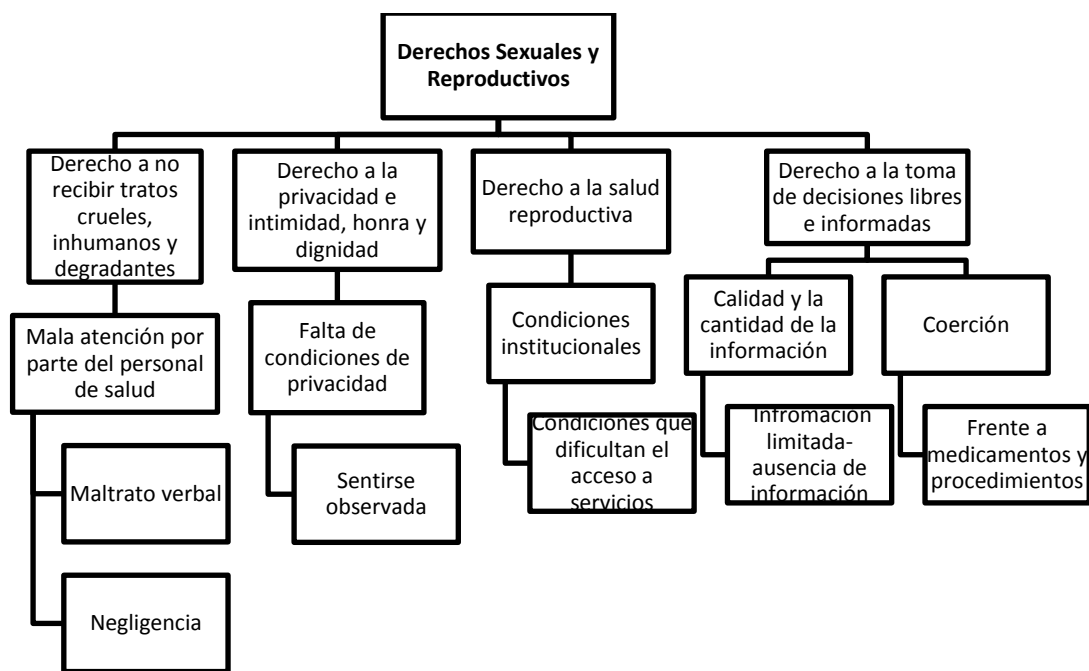
De acuerdo todo lo anterior, y teniendo en cuenta las conceptualizaciones contempladas desde la Ley 1257 de 2008, los elementos aquí hallados hacen parte de una de las formas de violencia contra la mujer denominado como “daño psicológico”, teniendo en cuenta que desde esta se hace referencia a la “acción u omisión destinada a degradar o controlar las

acciones, comportamientos, creencias” (Ley N°1257, 2008) de la mujer; elementos estrechamente vinculados con la coerción existente por parte del cuerpo de salud frente a la toma de decisiones de las madres y el maltrato verbal.

### 3.3.2. Categoría: Derechos Sexuales y Reproductivos

Dentro de la categoría de los derechos sexuales y reproductivos, se contemplan cuatro derechos, identificados como los vulnerados a partir de las experiencias de parto analizadas; estos derechos son: Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad, Derecho a la salud reproductiva, y Derecho a la toma de decisiones libres e informadas. El proceso de categorización inductiva se presenta en la siguiente taxonomía:

Figura 2: Taxonomía “Derechos Sexuales y Reproductivos”



Fuente: Elaboración propia

Es importante mencionar que la vulneración de estos derechos muestra una estrecha relación con la calidad de la atención que se presta en las instituciones de salud, aspecto referenciado reiteradamente por las entrevistadas.

En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección social (2014) hace referencia a la atención integral en salud y a los aspectos que la componen; siendo estos, la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, y continuidad.

Sin embargo, se retoman los aspectos en los cuales se evidencian falencias y que están vinculados con los derechos aquí vulnerados que son: la “accesibilidad” relacionada con el acceso a los servicios de salud sin ningún tipo de barrera, y la “oportunidad” referida a la prestación del servicio de manera oportuna (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

### **Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes**

A partir de las experiencias de parto de las mujeres en el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, sobresale la mala atención que se presta por parte del personal de salud, manifestada en el maltrato verbal y la negligencia en la atención. Este derecho muestra una estrecha relación con la dimensión psicológica analizada con anterioridad, sin embargo, elementos como el maltrato verbal son más evidentes.

Aquí el maltrato verbal se expresa cuando las mujeres hacen solicitudes reiteradas de: medicamentos, procedimientos y atención a necesidades como el “hambre”; además cuando expresan dolor o angustia por medio del llanto y los gritos. Es así como se muestra una supresión de la expresividad de la mujer, específicamente relacionada con el dolor y las necesidades sentidas por esta, ante las cuales pareciera existir desinterés por parte del personal de salud. El maltrato es evidente a partir de expresiones de agresividad por parte del personal como se evidencia a partir de la experiencia de parto en la entrevista número 10:

*“Yo le dije a una enfermera “me estoy ahogando” y me dijo “deje de gritar que usted no es la única mujer que ha tenido un hijo, deje de hacer feo, yo he tenido cuatro hijos y yo no me he muerto, usted por qué se va a morir por esa”. Que dejara de llorar que yo estaba haciendo teatro” (Entrevistada No.10, 22 de Noviembre de 2017).*

Comentarios de este tipo se presentan con cierta regularidad en las experiencias de parto analizadas, en unos se muestran mayor crueldad lo que hace que sean percibidos como violentos por las mujeres, mientras que otros son más sutiles y pueden pasar desapercibidos.



Esto último, es evidente en experiencias como la de la entrevistada número 9 quien recibe comentarios por parte del médico sobre su edad:

*“Por la edad un poco, el médico me dijo cuando el niño nació y estuvo hospitalizado que estábamos muy viejos para encargarnos, que me mandara a operar él o yo, pero yo no le hice caso, estoy planificando con inyección”*. (Entrevista No. 9, 22 de Noviembre de 2017).

La negligencia en la atención también se relaciona con la demora u omisión de la atención a las solicitudes de la madre, sin embargo, para estos casos se pone en riesgo tanto la vida de la madre como la del bebé, situaciones como la atención inoportuna a partos que ya han completado las semanas de gestación o en los que la mujer dura en proceso de dilatación y/o trabajo de parto entre uno y dos días, con casos específicos en los que después del trabajo de parto se lleva a cabo cesárea. En ese sentido se evidencia esta situación en el siguiente fragmento:

*“Así me dejaron, yo prácticamente ni fuerzas tenía; desde la madrugada hasta las ocho de la mañana, después de las ocho de la mañana ya mi mamá me vio disque grave, yo la verdad no me acuerdo, llamaron a un jefe de enfermería, él al mirar el pañal, vio que estaba lleno de agua y de sangre, entonces rápido urgente llamó a un ginecólogo, él me miró y me dijo que la niña se me estaba muriendo, y ya no iba a dilatar, entonces ahí fue que me remitieron para sala de cirugía para hacerme la cesárea, me entraron allá y me dejaron un buen rato, yo la verdad ya fuerzas no tenía”*.(Entrevistada 10, 22 de Noviembre de 2017).

### **Derecho a la privacidad Honra y Dignidad**

En esta categoría sobresale la privacidad como un elemento fundamental, sin mostrar evidentes vulneraciones a la “honra” y la “dignidad”, ya que las respuestas no permiten analizar a profundidad todos los elementos que componen este derecho. Así las mujeres refieren sentirse incómodas o expuestas al ser observadas por diferentes actores, como el personal de salud externo a la atención del parto, el trabajador de la farmacia y trabajadora social; además cuando tienen lugar tactos reiterados por médicos diferentes.

Se sienten observadas por otras mujeres, ya que existen escenarios en los que están con otras madres que en ese momento están dando a luz y/o están siendo regañadas por parte del personal, lo que genera en ellas angustia, miedo y una necesidad de suprimir toda expresión de sentimientos y dolor.

Además, las mujeres se sienten observadas por familiares que las visitan a ellas o a otras pacientes, ya que el hospital no cuenta con habitaciones individuales para todas las mujeres, sino que existen espacios comunes. Lo anterior se refleja en lo expresado en la entrevista número 3, que refiere:

*“llegaban todos los familiares y por entrar unos no podían entrar los demás, o sea, quedaba uno sin ver familiares, mejor dicho, después, como no lo dejan poner a uno nada, sino que uno tiene que estar así mientras le despierta la anestesia; llegaba gente y lo miraba a uno así desnudo, uno se sentía incómodo”* (Entrevistada No. 3, 20 de noviembre de 2017).

### **Derecho a la salud reproductiva**

La vulneración de este derecho se vincula con condiciones institucionales que dificultan el acceso a servicios integrales para la atención del parto. Esto se relaciona con la disponibilidad de personal médico, la falta de preparación anterior al parto, las demoras en la atención y la distancia para el acceso a servicios.

A partir de las narraciones de las madres, se encontró que existe una gran demanda de solicitudes pero poco personal especializado para atenderlas lo que se relaciona con los casos de negligencia y demoras en la atención; sin embargo, se presentan casos en los que aún con la disponibilidad del personal se presenta descuido. La atención negligente es asociada con aquellas experiencias de parto denominadas por las madres como “malas” o “traumáticas”; aquí la atención al dolor de la madre es lenta y pone en riesgo tanto la vida de la madre como la del bebé, se hace evidente en casos en los que la madre sufre hemorragias o en los que el bebé corre el riesgo de ahogarse.

La falta de personal se evidencia en el siguiente repertorio:

*“En ese tiempo habían muchas mamás en embarazo, los tenían normal y pues, les prestaban más atención a ellas que a mi bebé y a mí (...) y también no habían como muchos médicos, sólo había uno en ese momento, todos estaban ya en su casa y no, no nos podían atender, y eso no fue solo a mi sino a varias muchachas que estaban ahí conmigo”* (Entrevistada No. 3, 20 de Noviembre de 2017).

La falta de preparación previa al parto, cuando no existe conocimiento sobre la oferta de este servicio, se relaciona con que la difusión de la información sobre el mismo no es clara, se proporciona en muy pocos casos y cuando se da resulta ser inoportuna y no se expresa la importancia debida para que la madre asista. Así, se evidencia que la atención está tan enfocada en la atención a procesos fisiológicos (tallaje, peso, toma de tensión, entre otros) que la información frente a este tipo de preparación no parece ser importante, de manera que aunque algunas madres saben de la existencia de estos servicios afirman que no se les oferta, se les oferta cuando ya van a tener a su hijo o incluso cuando ya lo han tenido.

Esto se evidencia en el siguiente fragmento:

*“No, porque pues a los controles va uno y no le dicen y no le explican, solo lo pesan, lo miden...de resto no (...) aquí en el pueblo no lo dan, y creo que en Cáqueza si lo dan pero para ir hasta allá gasta más uno plata que lo que hay; pero pues a uno no le dicen nada, a Cáqueza uno solo va por exámenes, por ecografías al ginecólogo, pero no”*. (Entrevistada No. 4, 21 de noviembre de 2017).

Dicha preparación es ofrecida por instituciones como el E.S.E. Centro De Salud Timoteo Riveros Cubillos en Une, centro de atención más cercano para las mujeres del Municipio, pero en el que no se presta atención a partos de alto riesgo, y en el Hospital San Rafael de Cáqueza donde la mayoría de las mujeres entrevistadas tuvieron su último hijo. Teniendo en cuenta que las mujeres viven en diferentes veredas del municipio de Une, y que en la mayoría son atendidas en el municipio de Cáqueza, la distancia es un elemento que interfiere en el acceso a los servicios de salud, ya que el desplazamiento resulta ser un gasto adicional difícil de cubrir.

**Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su Salud**

Las faltas en este derecho se relacionan con la calidad y la cantidad de la información suministrada a las madres, que su vez se vincula con la coerción e influencia que ejerce el personal de salud para la toma de decisiones que deberían depender de la madre, vulnerando su autonomía.

La limitación de la información es evidente cuando se hace referencia al estado de salud de madre e hijo; además, cuando se explican procedimientos y suministro de medicamentos. Aquí sobresale la necesidad de la mujer de conocer el “qué es” “para qué”, el “por qué” de la cesárea, el pitocín, inyección trimestral y de medicamentos en general.

La información tal y como se da en este contexto, se constituye en una de las formas de omisión que configuran la Violencia Obstétrica, frente a esto Medina afirma que la omisión tiene lugar cuando se pasa por alto información sobre las múltiples alternativas por las que podría optar la mujer. (Medina, 2009, p.4).

Así mismo, existe coacción frente al suministro de medicamentos como la inyección trimestral que se muestra como opcional pero que a través del discurso del profesional se convierte en obligatoria, tal y como lo expresa la entrevistada 1:

*“Pues me parece, por lo menos me preguntaron que si me quería de una vez mandar poner la inyección trimestral, yo dije que no, a la jefe le dije que no y ella insistió, que eso era muy necesario, que yo no podía quedar embarazada en la dieta, yo no quería, y ellos de verdad como que no le preguntan a uno, como que nos es importante lo que uno dice porque igual yo dije que no y decían que sí, que eso era necesario que no sé qué, entonces yo no sé para qué no le preguntan a uno”.* (Entrevistada No. 1, 20 de noviembre de 2017).

La atención que se presta, está tan enfocada en lo procedimental que se limita a la firma de autorizaciones escritas, donde se da por hecho que la mujer está informada de los procedimientos que se le están realizando; sin embargo, no en todos los casos estas autorizaciones son necesarias, y es en estos donde se da la ausencia de información. Aquí se evidencia la comunicación limitada entre médico y paciente.

*“Solamente me preguntaron si era alérgica a algún medicamento (...)De ahí, pues la anestesia, eso le hacen firmar a uno, ósea antes de entrar allá le hacen firmar, le dicen a uno “este es el papel digamos que usted da la autorización de que el anesthesiólogo le aplique la anestesia” de ahí, de resto no, cuando era necesario a uno solamente le dicen que se voltee uno, que empiece a pegar las rodillas con la cabeza y de ahí ya lo anesthesian a uno... allá no le dicen a uno “bueno le voy a aplicar la inyección”, cuando lo van a chuzar le dice a uno “ no se mueva”, eso le dicen a uno porque puede quedar uno jodido de la columna” (Entrevistada No. 4, 21 de noviembre de 2017).*

Los derechos aquí vulnerados muestran claras faltas y/o vacíos frente a los lineamientos establecidos desde diferentes instituciones y políticas construidas a nivel nacional en materia de salud, salud sexual y reproductiva, a pesar que desde estas no se hace referencia específica al abordaje del parto.

Es así como el Ministerio de Salud y Protección Social hace referencia a la sexualidad como una parte importante en el ciclo vital de las personas, en donde se deben garantizar los Derechos Humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, desde aquí se muestra una clara vulneración de estos, bajo la falta de existencia de condiciones institucionales que garanticen los derechos enunciados.

Desde la misma Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021, se establecen objetivos y acciones que involucran esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales, enfocados en elementos como: la promoción de los derechos, la protección de la privacidad, el desarrollo de la autonomía y el acceso permanente a la información.

Así mismo, en el plan decenal de Salud 2012-2021, se contempla la importancia de los derechos sexuales y reproductivos dentro de la dimensión derechos y sexualidad, en la prestación de los servicios de salud, donde se busca garantizar un ejercicio libre e informado de los mismos, denotando no sólo la importancia en su promoción.

### **3.3.3. Categoría: Mecanismos de desautorización presentes en la relación médico-paciente desde la perspectiva de las madres**

De los mecanismos de desautorización propuestos por Sadler (2003), se identificaron tres a partir de los elementos hallados en las narrativas de las mujeres, dejando en claro la importancia de que en próximas investigaciones se aborde la perspectiva del personal de salud. Dichos mecanismos son, la “fragmentación”, la “naturalización” y la “culpabilización”.

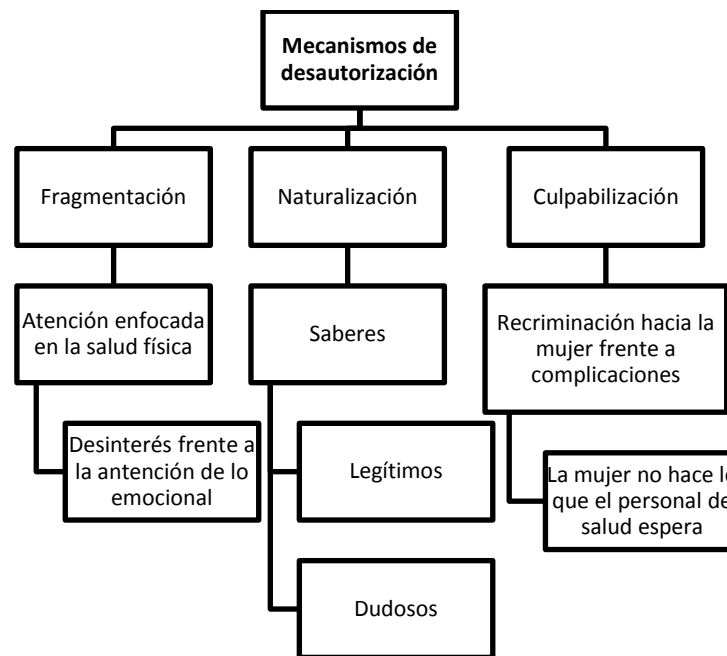
A partir de la identificación de estos mecanismos de desautorización, se evidencia que la relación que se establece entre el cuerpo de salud y la mujer (partiendo de lo encontrado desde la perspectiva de la madre) está apoyada por el sistema simbólico que se construye alrededor del rol del médico, de la autoridad y el poder que este representa, apoyado por el conocimiento “válido” que posee. Tal y como lo afirma Bourdieu, las construcciones que se dan alrededor de esta figura cumplen con la “función política de instrumentos o de imposición de legitimación de la dominación que contribuyen a asegurar la dominación de una clase sobre otra” (Bourdieu, P., 1999, p. 69), en este caso del personal de salud sobre las madres.

Como lo afirman Casal & Alemany (2014), el análisis de los roles a partir de los mecanismos de desautorización identificados, indican que quienes asumen el papel de “agente dominante” son los actores que conforman el cuerpo de salud, mientras que quienes asumen el papel de “agente dominado” son las mujeres.

De acuerdo con los elementos constitutivos de los mecanismos de desautorización presentes, a nivel tanto deductivo como inductivo, la Violencia Obstétrica es reconocida como violencia simbólica, teniendo en cuenta los elementos de poder, de dominación y de legitimación que se dan en el contexto de la atención de los partos analizados, donde el poder produce “efectos reales sin gasto aparente de energía” (Bourdieu, P., 1999, p. 72).

En la siguiente taxonomía se representan los elementos inductivos hallados:

Figura 3: Taxonomía “Mecanismos de desautorización”



Fuente: Elaboración propia

**La fragmentación.** Desde las mujeres, la fragmentación se presenta como la atención enfocada en la salud física, tal y como lo enuncia Sadler (2003), hallándose un nuevo elemento que es la falta de interés por la atención de lo emocional tanto por parte de la madre como por parte del personal de salud.

Así, desde el personal de salud vuelve a sobresalir el proceso de comunicación limitado que se da entre este y la madre, siendo que este se enfoca en la atención de lo orgánico, en los procedimientos, en la evolución de las heridas y en preguntas relacionadas con el dolor como “¿le duele mucho la herida?”; llegando a existir casos en lo que las entrevistadas afirman que no se les hace ningún tipo de pregunta, frente a lo físico y lo emocional, sino que solo se les revisa la herida.

Desde las madres, pareciera no tener mayor importancia la atención de lo emocional, ya que frente a la pregunta sobre este aspecto ellas referencian que su salud y la de su hijo son lo más importante, la salud entendida como el bienestar físico. Aquí los comentarios de las madres son “Lo más importante siempre es la salud de uno, no hay tiempo para eso

*emocional” (Entrevistada No.7), “Sí, más que todo fue lo físico, le revisaban a uno pero no le preguntaban sobre lo emocional y eso” (Entrevistada No. 10, 22 de noviembre de 2017).*

El desinterés frente a la atención de otras dimensiones diferentes a la fisiológica, muestra una clara vinculación con el modelo de nacimiento “Tecnocrático” propuesto por Floyd (2001), en el que existe una clara división entre “mente” y “cuerpo”, y en el que el cuerpo es visto como un “objeto”. Dicho modelo, a la luz de los datos hallados, no es legitimado solo por el personal de salud sino también por las madres.

Pese a la falta de preocupación por la dimensión psicológica, se demuestra que existe la necesidad de que esta y otras dimensiones sean atendidas. Esto es evidente a partir de lo que afirma el Ministerio de Salud y Protección Social cuando se refiere a la salud materna en el campo de los derechos sexuales y reproductivos; se afirma que debe sustraerse a la mujer de la “mirada exclusivamente biológica o médica” teniendo en cuenta lo social en el marco de los derechos (Ministerio de Salud y Protección Social).

Durante el embarazo y específicamente en el parto, la mujer enfrenta cambios y tensiones a nivel hormonal, físico, cognitivo, emocional y psicológico. Así que pueden llegar a presentarse síntomas como ansiedad, estrés, depresión, tristeza, entre otros; elementos que deben ser abordados para la prevención de futuras patologías (Sastre, I., 2015). A esto se suma, lo dicho por autores como Pérez & Márquez, quienes parten de la evidencia científica existente para afirmar que “la inclusión de los aspectos sociales y psicológicos, resultan igualmente relevantes que los biológicos” (Pérez, L., & Márquez, M., 2004, p. 64).

Con relación a la información recolectada, se presenta un caso específico que sugiere que los servicios de salud deben ofrecer este tipo de asistencia, tal es el caso de la entrevistada número 3 que después de una experiencia de parto traumática narra:

*“No, solo miraban la herida, si estaba bien; no le preguntaban a uno si le dolía, nada (...) por ejemplo, en mi caso yo le había cogido fastidio a mi bebé, y a mí nunca me preguntaron; yo no lo podía ver, en este momento no recuerdo cómo es que se llama, pero yo no lo podía ver, me daba fastidio darle pecho, y no le preguntaban a uno nada, solo si le dolía” (Entrevista No. 3, 20 de noviembre de 2017).*



**La naturalización.** Desde las narraciones de las participantes, la naturalización se entiende desde los saberes que tienen lugar en el momento del parto, y que el cuerpo de salud considera como “legítimos” o “dudosos”.

En esta categoría es posible evidenciar una clara jerarquía entre madre y personal de salud, una jerarquía donde el personal tiene mayor poder, conocimiento y capacidad de decisión en el parto. Esto confirma lo dicho por Bourdieu (1999), debido a que en este contexto las relaciones que se establecen son relaciones sociales de fuerza, mediadas por la figura de autoridad que representa el médico para las mujeres; figura que se refuerza con el “conocimiento” que tiene el profesional y que hace que la mujer entregue sus decisiones a este sin más cuestionamiento.

En este contexto, los saberes legítimos son los expresados por el médico, de manera que lo sentido por la madre debe mostrar evidencias visibles para ser considerado como “cierto”; tal como se evidencia en el siguiente fragmento:

*“Imagínese que yo le daba teta al niño y se me ahogaba mucho, yo al ver a mi hijo casi muerto, yo me senté y la doctora me regañó, que porque me podía descoser. En el modo que yo me levante a salvar a mi hijo, ellas me regañaban, no me creían que él se me ahogaba hasta la tercera vez que se puso morado y ahí sí me creyeron”* (Entrevistada No.5, 20 de Noviembre de 2017).

Sadler afirma que “la estructura en la que se concibe la atención de partos hospitalarios mantiene la definición de la situación como una en la que los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres no cuentan para nada” (Sadler, 2003, p. 28). Así, la madre es considerada como desprovista de conocimiento, se descalifica lo sentido y dicho por esta, llevando a que las explicaciones que se le dan sean reduccionistas haciendo que la mujer se sienta como inferior. De acuerdo con las explicaciones que suele dar el médico a la madre, la entrevistada número 2 narra:

*“Le explicaban a uno como si uno no entendiera; de pronto era como el tonito en el que le decían las cosas a uno, como si uno fuera bien bruto, como si uno no entendiera, como si uno no captara* (Entrevistada No. 2, 20 de noviembre de 2017).

Pese a lo anterior, esta figura de autoridad es legitimada por algunas madres y controvertida por otras. Así, el proceso de legitimación por parte de las madres se da por medio de la expresión de frases como “*ellos son los médicos y ellos sabrán*” (Entrevistada No.7, 21 de noviembre de 2017), estas frases reflejan el estado de aceptación de algunas madres de las órdenes del médico, y dan cuenta de lo afirmado por Bourdieu (1999) frente a la complicidad necesaria para que estos procesos de legitimación sean posibles a partir de lo que el autor denomina como “poder simbólico”.

En los casos en los que la autoridad es controvertida, dicho proceso se da porque la mujer confía en lo que está sintiendo y en sus conocimientos. Además de que compara sus experiencias anteriores de parto con lo vivido en ese momento.

Como se mostró, las manifestaciones de la madre son objeto de constante cuestionamiento por parte del personal, evidenciando una perspectiva netamente patriarcal, centrada en el médico y donde este es el protagonista, cuestionado al mismo tiempo la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, tal y como lo afirma Davis Floyd (2001).

**Culpabilización.** La culpabilización, aunque no se presenta en las experiencias de parto de todas las mujeres, sí se identifica en varias de ellas; esta tiene lugar cuando la mujer no hace lo que el personal de salud espera, ya que existe un comportamiento y unas conductas idealizadas por parte del personal hacia la madre, conductas como: la paciencia, el silencio y el no cuestionamiento. Además de que la mujer debe aceptar cada procedimiento adverso sin manifestar reacciones de dolor, incomodidad, incertidumbre o angustia.

Aquí, el cuerpo de salud atribuye culpabilidad a la madre cuando los procedimientos no salen según lo esperado, dificultades que se asocian con la edad de la mujer, o cuando esta llora, pregunta sobre el estado de salud de su hijo, cuando toma decisiones con las que el personal no está de acuerdo, y en general en momentos en los que no muestra obediencia.

Sadler (2003), afirma que a partir de este mecanismo se transfiere la responsabilidad a las mujeres en aquellas situaciones en las que se presentan dificultades, sin embargo, no todas las mujeres, que hacen visible este mecanismo en su experiencia de parto, asumen la responsabilidad atribuida por el médico, ya que consideran que tienen razón al realizar las acciones por las cuales son culpadas.

*“La verdad yo pregunté que qué le pasaba a mi niña, que por qué estaba así, y me dijeron que era por culpa mía, que yo me había alterado mucho, que eso era culpa mía, a mí me parece que no fue así, si yo me alteré fue porque prácticamente yo me sentía mal”*  
(Entrevistada No.1, 20 de noviembre de 2017).

### 3.4. Análisis intercategorial

Como se evidencia a partir de los análisis realizados, las acciones que configuran la Violencia Obstétrica, ubicadas en las dimensiones física y psicológica, se encuentran estrechamente relacionadas con los elementos que se abordaron en las categorías de Derechos Sexuales y Reproductivos y de mecanismos de desautorización presentes en la relación médico- madre. Esto quiere decir que permitieron extraer elementos más específicos presentes en la situación analizada.

La “información” aparece como un factor que transversaliza todas las categorías estudiadas y la experiencia de parto de las mujeres que tienen componentes pertenecientes a la Violencia Obstétrica. La información resulta ser un elemento fundamental y determinante frente a las decisiones que se toman en el parto, ya que al no estar informada la madre debe ceder su poder de decisión a quien posee esta información, que en este caso es el personal de salud y específicamente el médico u obstetra. Por el contrario, en los casos en que la madre posee información, esta goza de poca credibilidad y se encuentra en constante cuestionamiento a la espera un proceso de validación para ser tomada como cierta.

Así, desde la dimensión física de la información dependen procedimientos y medicamentos; mientras que desde lo psicológico supedita la participación, toma de decisiones y autonomía de la madre, además de influir en su estado emocional.

Así mismo, el desconocimiento de la existencia de los Derechos Sexuales y Reproductivos presentes en el parto, se vincula con la ausencia de divulgación de estos desde las instituciones de salud con las que tienen contacto las mujeres del municipio; y desde las cuales el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas se convierte en el más vulnerado, a lo que se le suma la coerción que ejerce el personal de salud en la toma de dichas decisiones.

Por otro lado, frente a los mecanismo de desautorización, la información junto con el conocimiento, es lo que dota de poder a los actores, es decir, al personal de salud; haciendo del momento del parto un escenario de reproducción de la violencia simbólica a la que ha sido sometida históricamente la mujer.

Así mismo, el maltrato verbal evidente a partir de la dimensión psicológica y el Derecho a no recibir tratos crueles e inhumanos, es el elemento más representativo de violencia reconocido por las mujeres, debido que este se asocia con la mala atención, pues es desde aquí donde las mujeres llegan a reconocer que han sido vulneradas durante su experiencia de parto.

Por último, la relación médico- madre se configura como un aspecto de gran importancia ya que los elementos que se gestan alrededor de esta permiten la reproducción de la violencia, teniendo en cuenta las relaciones desiguales de poder a las que se ven sometidas las madres y la comunicación limitada que media dicha relación. Esto produce que las mujeres no sientan su participación y protagonismo en el parto, asumiendo un papel de sumisión y/o subordinación, que dificulta el ejercicio pleno de sus derechos.

La relación anteriormente descrita da cuenta del poder y de la credibilidad de la información que es aportada por las madres, que tiene que estar sujeta a la validación, y aceptación constante.

### **3.5.Hallazgos**

Los hallazgo más representativo están relacionados con el papel que juega la información que se proporciona durante las etapa de parto, siendo que esta condiciona la autonomía y la toma de decisiones por parte de las madres; ya que si las madres son orientadas e informadas son partícipes de las decisiones que se toman en el parto. De lo contrario, al ser tan escasa o inexistente la información pareciera que las mujeres están obligadas o coaccionadas a tomar decisiones, y por tanto ceder su protagonismo al cuerpo de salud.

A partir de la investigación, se evidencian aspectos que permiten ampliar las categorías teóricas retomadas, manifestaciones que no han sido tenidas en cuenta desde la creación de las mismas como lo evidenciado a partir de:

- La subcategoría de culpabilización, en donde se encuentra un elemento adicional relacionado con que, aunque existe un proceso de atribución de la responsabilidad por parte del personal de salud a la madre, por un comportamiento o cuando los procedimientos no salen según lo esperado, las mujeres no asumen dicha responsabilidad pues consideran tener un argumento válido, como su integridad y la

de su bebé, para no actuar de acuerdo a lo esperado. Así, se podría decirse que se trata de una responsabilidad atribuida pero no asumida.

- La subcategoría de fragmentación, aquí se presenta el “desinterés por la atención de lo emocional” como un ejercicio que, a diferencia de lo planteado por Sadler (2003), no solo se da por parte del personal de salud sino también por parte de las madres, teniendo en cuenta que para ellas lo más importante es la salud de ellas y la de sus hijos, entendida esta como bienestar físico. De acuerdo con esto, se puede afirmar que la fragmentación es entendida como la atención centrada en lo meramente físico, en donde se dejan de lado dimensiones diferentes a esta, como un proceso ejecutado desde el personal de salud y apoyado por las madres.

Por otro lado, es importante aclarar que desde la investigación solo se contemplaron elementos constitutivos de la Violencia Obstétrica, sin embargo, la información recolectada evidencia algunos elementos que pueden vincularse con el parto humanizado. De acuerdo con esto, se ve la necesidad de contemplar un proceso de categorización abductiva, que se basa en “el descubrimiento de eventos anómalos o sorprendidos para los cuales hay que crear conceptos o reglas desconocidas hasta ese momento” (Bonilla, E., & Sehk, P., 2005, p. 254), además se tiene en cuenta la compaginación entre conocimiento teórico y el relacionado con los hechos nuevos.

Así, los hallazgos de la investigación se relacionan también con la identificación de elementos que pueden vincularse con la humanización del parto, lo que no implica necesariamente que hayan tenido lugar experiencias que en su totalidad puedan ser consideradas como “humanizadas”, se trata entonces de elementos mínimos que se pueden relacionar con este modelo.

Los elementos hallados se vinculan con: la buena atención, el buen trato verbal, la atención psicológica, la buena comunicación entre médico - paciente, la posibilidad de acompañamiento por una persona de confianza, y la oferta de preparación anterior al parto. Así, la buena atención es percibida por las mujeres cuando el personal está “pendiente” de ellas y del bebé, cuando existe un buen trato verbal por medio de manifestaciones de felicitación como lo refiere la entrevistada 1 “*el doctor después de que nació mi bebé él me*

*felicité, dijo que había sido una mamita muy fuerte y juiciosa”* (Entrevistada 1, 20 de noviembre de 2017).

La buena comunicación es evidente cuando el personal de salud hace preguntas a la madre como, por ejemplo: “¿cómo se siente?, ¿el niño ha comido? ¿El niño está bien?” tal como lo referencia la entrevistada número 4; además cuando se da respuesta a las preguntas e inquietudes de la madre.

Los elementos hasta aquí enunciados, brindan algunos acercamientos a una de las condiciones que deberían estar presentes en el parto humanizado, y es que desde este se propenda por la participación y el protagonismo que debería darse tanto por parte de la madre como de su pareja, como lo afirman Almaguer, García & Vargas (2012).

Otro de los elementos sobresalientes en la atención humanizada del parto es que la atención se presta con integralidad, atendiendo las “necesidades emocionales, culturales y sociales” de la madre (Almaguer, García & Vargas, 2012, p. 45); tal y como se presentan en el caso de la entrevistada 6 quien recibe atención psicológica después de tener a su hijo:

*“También se enfocaban en la parte psicológica de uno, porque después en el cuarto llegó una psicóloga y me preguntó ¿cómo me había ido?, ¿que cómo me había sentido en el parto?, así lo que usted me está preguntando, que ¿cómo era el trato?, ¿si le pareció chévere?... todo eso me preguntaba”* (Entrevistada No. 6, 21 de noviembre de 2017).

La misma entrevistada hace mención de que se le permitió estar acompañada por su esposo durante el parto, práctica recomendada por la OMS y que se presenta como el respeto de “la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades)” (Almaguer, García & Vargas, 2012, p. 45). Esto trae beneficios tanto para la madre como para su bebé como lo referencia el estudio que señala que “el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto, la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas” (García & Díaz, 2010).

*“Nosotros pasamos una carta, de que mi esposo quería entrar a la cesárea, el hospital lo autorizó y él pudo entrar (...)se la pasamos a la gerente nosotros le pasamos la carta,*

*mi esposo tuvo que ir a dos cursos allá y ya (...) Esos cursos eran sobre cómo él debía entrar con toda la protección, y que él tenía que estar a unos espacios de la sala, y ya”* (Entrevistada No. 6, 21 de noviembre de 2017).

Por último, varias de las entrevistadas refieren haber recibido preparación anterior del parto; esta preparación estuvo relacionada con: la lactancia, prácticas relacionadas con el cuidado del bebé, el manejo de la respiración, entre otras. Frente esta preparación, desde la atención humanizada del parto se reconoce el derecho de padre y madre a recibir “educación para el embarazo y parto” (Almaguer, García & Vargas, 2012, p. 45).

*“En el centro de salud, le enseñaban a uno a envolver los bebés, como darles seno, como respirar, cambiarlos, sacarles los gases, estimulación temprana, etc.”* (Entrevistada No. 9, 22 de noviembre de 2017).



### **3.6. Aproximación al abordaje de la Violencia Obstétrica desde el Trabajo Social**

Los aportes del Trabajo Social para el abordaje de la Violencia Obstétrica se relacionan con el reconocimiento del papel de este profesional en el área de la salud, específicamente desde las áreas de atención materna de centros de atención médica y hospitales, como parte de los equipos interdisciplinarios en salud; además del reconocimiento de la labor de este profesional en el campo de los Derechos Humanos, en el abordaje de la violencia contra la mujer y en la construcción de políticas públicas orientadas a intervenir problemáticas de este tipo. En concordancia con esto, se referencian aspectos desde el campo disciplinar y se establecen estrategias puntuales a partir de las cuales debe hacerse la intervención del trabajador social a la luz de los datos hallados en la investigación.

#### **Desde la dimensión social de la salud**

La pertinencia de la intervención del trabajador social frente al fenómeno de la Violencia Obstétrica, se funda en la necesidad evidente de que la dimensión social sea tomada en cuenta en la atención que se brinda a las madres en las instituciones de salud.

De acuerdo con lo anterior, Miranda Aranda (2008) afirma que con el paso del tiempo y la tecnología, se ha presentado un “determinismo biológico”, una perspectiva fragmentada que convierte al ser humano en un objeto, frente al cual el personal de salud ejecuta protocolos científicos altamente especializados, olvidando la persona, su integralidad, la dimensión social y psicológica. Es en este escenario en el cual está llamado a intervenir el trabajador social reivindicando lo social, no solo desde el individuo, su cultura, su familia su historia, etc, sino también desde la atención que presta el personal de salud.

Así, desde el área de la Salud, los profesionales en Trabajo Social están llamados a intervenir en procesos de “promoción, prevención, atención y rehabilitación, ya que aportan al tratamiento sistémico individual, y al estudio de problemáticas que pueden incidir en el proceso salud enfermedad.” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014, p. 14). En ese sentido, se entiende que la enfermedad y la salud comprenden no sólo lo biológico sino que se componen de otras dimensiones, lo que sugiere complementar la visión médica del cuerpo de salud con el acompañamiento, orientación y visión del Trabajo Social.

Así, se entiende que el personal de salud es “altamente calificado en lo físico, en la biología”, de manera que Miranda Aranda (2008) afirma que una sola dimensión no constituye la totalidad humana. De esta manera, el trabajador social aporta “la identificación de los problemas sociales derivado de la exposición a factores de riesgo demográficos y socioeconómicos para realizar un diagnóstico integral.” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014, p. 15).

Esto para entender la situación de las mujeres y/o madres que llegan a los servicios de salud, para descifrar como dice el autor, los síntomas, lo subjetivo, “porque esto lo construye el sujeto con sus vivencias con su nivel educativo, con sus experiencias vitales” Miranda Aranda (2008, p. 15.) y es el médico, las enfermera, el personal de salud, quien descifra el signo, lo objetivo, la enfermedad, para con ello tener un diagnóstico integral.

De acuerdo con lo anterior, y en cumplimiento del papel del trabajador social como parte de los equipos interdisciplinarios en salud, se reconoce que desde este contexto se deben generar procesos de capacitación orientados a médicos y enfermeros/as frente a la importancia de reconocer las dimensiones cultural, emocional y psicológica de las mujeres que llegan a los servicios de salud, que de acuerdo con lo planteado por Miranda Aranda (2008), permitan trabajar en las dimensiones psicológica y social de los sujetos, además del reconocimiento las características culturales particulares que se presentan desde espacios rurales y urbanos.

### **Desde los Derechos y la violencia contra la mujer**

Reconociendo los Derechos Humanos, no sólo como parte de los principios y fundamentos del ejercicio profesional del trabajador social contemplados desde el Código de Ética de los Trabajadores Sociales en Colombia (2015), sino también como práctica de la profesión, es evidente la pertinencia de que la Violencia Obstétrica sea abordada desde la profesión, teniendo en cuenta su papel en la prevención de la violencia contra las mujeres y en la promoción y defensa de los Derechos Humanos.

Cordero, Fernández & Palacios (2006) afirman que los derechos humanos fundamentan los elementos teóricos, prácticos y metodológicos del Trabajo Social, dicha fundamentación está enfocada en la potenciación de la autonomía de los sujetos y en el reconocimiento de

que cuando se vulneran los derechos humanos, se vulnera a su vez la dignidad de los sujetos. Así, estos autores reconocen que “La tarea prioritaria para el Trabajo Social será cómo interpretar los derechos humanos para su realización práctica” (Cordero, Fernández & Palacios, 2006, p. 13), lo que se suma con el papel que tiene el profesional frente a la dinamización de “procesos tendientes al goce efectivo del derecho a la salud” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014, p. 23).

Por otro lado, se encuentra que desde el abordaje de la violencia contra la mujer, Ramírez & Gómez (2007) afirman que la intervención de esta problemática ha estado orientada a la “atención individualizada” y el “tratamiento” más no en la prevención. De esta manera, reconocen la vulneración de derechos que se da en este campo y afirman que un reto para la profesión es que la intervención que se da desde Trabajo Social, frente a la violencia contra la mujer, esté enmarcada en la prevención por medio de la promoción y defensa de los derechos humanos. De acuerdo con esto,

La intervención preventiva del trabajo social acoge, con redefiniciones, los principios generales de las elaboraciones desarrolladas desde el campo de la salud pública, cuyos procedimientos sugieren la identificación de los factores de riesgo y protectores que eviten los efectos lesivos de las condiciones amenazantes (Gómez & Ramírez, 2007, p. 99).

Como es evidente a partir de la investigación, la Violencia Obstétrica tiene lugar a partir de la vulneración de los Derechos Humanos y, específicamente de los Derechos sexuales y Reproductivos, dichas vulneraciones se fundan bajo las relaciones de poder que se establecen en el escenario de la atención al parto entre personal de salud y madre.

Es así como el abordaje de la Violencia Obstétrica desde el Trabajo Social, debe estar enfocado en la prevención y a la promoción de los Derechos Humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos, desde escenarios específicos, relacionados con la población participante de la investigación, como lo son el E.S.E. Centro De Salud Timoteo Riveros Cubillos en Une, centro de atención más cercano para las mujeres del Municipio (en el que no se presta atención a partos de alto riesgo) , el Hospital San Rafael de Cáqueza donde la mayoría de las mujeres entrevistadas tuvieron su último hijo, y desde la misma Corporación

Escuela Galán donde se fortalezca la autonomía de la mujer rural perteneciente al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar desde el área de apoyo psicosocial con el que cuenta la institución.

A lo anterior se suma, la necesidad de que los procesos de promoción y prevención, liderados desde Trabajo Social, involucren a las familias de las madres ya que estas se presentan como su mayor red de apoyo. De ahí que en el Plan Decenal de Salud (2012-2021), en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, se contemple como parte del abordaje integral “antes, durante y después” del evento obstétrico el “empoderamiento de mujeres, hombres, familias y comunidad para el seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres” (Ministerio de Salud y Protección Social, p. 9).

De acuerdo con lo dicho hasta aquí, se evidencia la importancia de que el trabajador social lidere procesos de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de prevención de la violencia obstétrica, como parte de los componentes de los cursos psicoprofilácticos, de manera que estos trasciendan el enfoque meramente fisiológico.

### **Desde la humanización del parto**

La Violencia Obstétrica muestra la pertinencia de ser abordada a partir de la atención humanizada del parto, teniendo en cuenta que desde el modelo de humanización del parto la atención valora las necesidades de la madre y su familia, asume el protagonismo y capacidad de decisión de la misma y tiene en cuenta las necesidades “emocionales, culturales y sociales” de la mujer (Almaguer, García & Vargas, 2012). Desde este tipo de atención, las relaciones sociales que se establecen se basan en el respeto de la dignidad y de los Derechos Humanos; en este sentido Castrillo refiere que este modelo está orientado a dos dimensiones, a la

“garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo– y la crítica y transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos” (Castrillo, Belén., 2016. p. 4).

Desde el parto humanizado, toma vital importancia el acompañamiento que la mujer recibe durante el proceso, que se funda en el soporte emocional que brinda la familia y/o el acompañante (García, A., 2015), tal y como se refiere en el Plan Decenal de Salud (2012-2022), siento que en el componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” se establece como una de las estrategias “el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 115) .

La importancia del acompañamiento desde el parto humanizado, teniendo en cuenta las dificultades emocionales y psicológicas por las que cruza la madre en este momento, sugiere que desde el área de Trabajo Social de los hospitales se gesten procesos que permitan involucrar a la familia y/o persona de confianza de la madre durante las etapas de gestación, parto y postparto, como parte del empoderamiento que se requiere para erradicar este tipo de violencia.

De acuerdo con todo lo anterior, y teniendo en cuenta que la Violencia Obstétrica se vincula con la calidad en los servicios de salud a los que asisten las maternas, desde el Plan Nacional del Mejoramiento de la Calidad en Salud (2016- 2021) se presenta la humanización como principio orientador; en donde la humanización es entendida desde “el respeto al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 10).

Así, uno de los objetivos del mencionado plan es “Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones”; esto sugiere involucrar la intervención del trabajador social en la gestión de acciones en equipos interdisciplinarios en salud, de manera que desde el Consejo Nacional de Trabajo Social, no solo se hace mención del compromiso del trabajador social con la humanización de los servicios de salud, sino que se contempla como competencia del profesional el generar “dinámicas educativas para el personal que labore en las instituciones, para desarrollar procesos de cambio y concientizar sobre la garantía de derechos de las personas, grupos o comunidades” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014, p. 22).

A la luz de los resultados de la investigación, se encuentra que, los procesos educativos orientados al personal de salud desde el área de Trabajo Social deben ser orientados desde la humanización de la atención, a partir del trabajo en elementos puntuales como:

- La creación de espacios pedagógicos y reflexivos alrededor de la importancia del “cuidado” y “el cuidado del otro”: Esto, reconociendo que los procesos de tecnificación de los servicios de salud han dado prioridad a aspectos de tipo administrativo, técnico y biomédico, por sobre la misma persona que es atendida en dichos servicios. De esta manera, se propone que desde las áreas Trabajo Social en los centros de atención materna se creen espacios en los que se proporcionen herramientas a médicos y enfermeros/as que permitan mejorar el trato hacia las madres durante las etapas de gestación, parto y postparto; entendiendo que el cuidado implica

“la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad. Orientarse por el cuidado es romper con la lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia otros y cosifica los sujetos” (Correa, M., 2016, p. 1228).

- Crear espacios pedagógicos que permitan que médicos y enfermeras desarrollen procesos de comunicación asertiva con las madres y familias que asisten a los servicios de salud materna: Frente a este aspecto, autores como Tena y Sánchez (2005), afirman que a pesar de que el cuerpo de salud está en constante actualización frente a avances científicos no pasa lo mismo frente sus habilidades comunicativas; de esta manera surgen diferentes modelos que permiten mejorar la comunicación entre médico-paciente, que se sugiere se extienda a familiares y/o acompañantes, como lo es el “modelo “E” cuatro” desarrollado por Vaughn y Gregory que supone “Enganchar al paciente, desarrollar Empatía con él, Educar y Erolar” o generar mayor responsabilidad del paciente hacia su salud ( Vaughn & Gregory, citados por Tena & Sánchez, 2005, p. 9).

### **Desde la Política Pública**

Todo lo anterior, se suma con la respuesta que se debe dar desde la profesión a políticas de carácter nacional que se encargan de garantizar los derechos aquí vulnerados, como lo es la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos” (2014-2021). Esta política, no sólo hace referencia al fortalecimiento del bienestar físico, mental y social, sino que establece objetivos y acciones puntuales relacionados con: la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la ejecución de programas de información y educación con relación a la sexualidad, la reproducción y los derechos desde los sectores salud y educación, además del estímulo de la participación en espacios públicos de construcción alrededor de la sexualidad y la reproducción, entre otros. Así mismo la profesión no sólo tiene competencias en las políticas y leyes existentes si no en la creación de las mismas.

En cuanto a la creación de políticas públicas “el profesional de trabajo social, es quien favorece la participación de ciudadanos en la construcción de las políticas públicas de los mismos. Una participación que por sus características como profesional, aporta y enuncia propuestas, desde valores e intereses que se van concretando en acuerdos compartidos a favor del bien común.” (Barranco, C., 2014. p.41)

La profesión, específicamente desde la política pública, puede propiciar la movilización de las mujeres para la creación de una política de humanización del parto, así como su participación en la segunda fase, que es la definición de la agenda. Claramente, después de haber realizado todo un proceso de reconocimiento de la violencia obstétrica, teniendo en cuenta la característica de naturalización que hace parte de esta.

Así, la política pública es definida como:

“un instrumento de planeación orientado a la acción, fruto de un proceso de co-creación en el que participa la administración, la ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc., cuya finalidad es la definición de una visión de largo plazo que sobrepase los periodos de administración de los gobiernos y la generación de un plan de acción que oriente el proceso de cambio frente a una situación reconocida como problemática y compleja” (Roth, 2010, p.15)

En ese sentido, la política pública tiene un carácter participativo desde diversos actores sociales, y en este caso de las mujeres y las organizaciones que están visibilizando la violencia obstétrica, tales como mujeres Bachué y la Corporación Curar país.

La participación de la ciudadanía en las políticas públicas puede darse con herramientas como: las consultas, la construcción de acuerdos y la cooperación, procesos en los cuales el trabajador social puede brindar acompañamiento. En dichas consultas, podrán participar las mujeres y las organizaciones sociales que trabajan e investigan la violencia obstétrica, siendo que para la construcción de la política se toma en cuenta su experiencia y conocimiento frente al tema, para establecer tendencias o preferencias. (Secretaría Distrital de Planeación SDP, 2017).

En cuanto a la construcción de acuerdos es que todas sean partícipes de su proyecto común que estaría relacionado con la humanización del parto y la prevención de la violencia obstétrica (Secretaría Distrital de Planeación SDP, 2017).

Además en la cooperación los distintos actores deben poseer la responsabilidad del desarrollo de acciones específicas para la implementación del plan de acción, aquí las organizaciones sociales resultan ser de gran relevancia (Secretaría Distrital de Planeación SDP, 2017).

En conclusión la participación ciudadana, y por tanto del trabajador social, en su mayoría se da en la segunda fase que es la de agenda pública, donde se realiza un diagnóstico de la problemática a abordar y se vincula a todos los actores involucrados en ella. Sin embargo, el profesional en Trabajo Social y la sociedad civil deben ser partícipes en todas etapas de formulación, seguimiento y evaluación de la política pública.



### 3.7. Conclusiones y recomendaciones

#### 3.7.1. Conclusiones

- Las acciones configurativas de la Violencia Obstétrica, presentes en la experiencia de parto de las mujeres entrevistadas se enmarcan en dos dimensiones, por un lado, en la dimensión física donde se ubican todas aquellas acciones que dan cuenta de las demoras frente la atención y de la información que emite el personal de salud y que se torna deficiente o confusa para la mujer. Por otro lado, en la dimensión psicológica se enmarcan acciones como la obstrucción en la toma de decisiones y el maltrato verbal por parte del personal de salud.
- Los derechos sexuales y reproductivos, vulnerados durante las experiencia de parto de las mujeres entrevistadas, pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une- Cundinamarca, son: el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, manifiesto en el maltrato verbal y en la negligencia que se da por parte del personal de salud; el derecho a la privacidad honra y dignidad, asociado a momentos en los que se sienten observadas por actores ajenos a la atención del parto; el derecho a la salud reproductiva, vulnerado cuando hay dificultades para acceder a servicios integrales de salud para la atención del parto; y el derecho a la toma de decisiones libres e informadas, siendo este último el más vulnerado, cuando la calidad y cantidad de información proporcionada por el personal de salud es escasa o nula, interviniendo en la toma de decisiones y autonomía de la madre.
- Los mecanismos de desautorización presentes en la relación personal de salud- madre son tres: la fragmentación, en la que la atención de lo físico está por encima de lo emocional, aspecto que no resulta relevante para ninguno de los actores; la naturalización, entendida desde la relaciones de poder que se establecen entre el personal de salud, que posee un conocimiento considerado como “legítimo”, y la madre, que posee un conocimiento frente a sus procesos reproductivos considerado como “dudoso”; y la culpabilización, que tiene lugar cuando la mujer presenta comportamientos no esperados por el personal de salud y es señalada por estos, sin embargo, aunque estos señalamientos existen las mujeres consideran como válidos sus comportamientos.
- Se evidencia que la formación en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos y prevención de la violencia obstétrica debe extenderse a la principal red de apoyo que es la

familia, ya que son ellos quienes deben acompañan a la mujer en el momento del parto y quienes en determinadas circunstancias toman decisiones.

- Se evidencia que la Violencia Obstétrica está relacionada con la calidad de la atención que se presta en los servicios de salud, ya que es principalmente este elemento del que parten las madres para narrar su experiencia de parto y las vulneraciones que en esta se presentan.
- Se muestra la necesidad de que el personal de salud tome en cuenta las experiencias corporales de las madres, sus necesidades y sentires; de manera que se asuma su protagonismo, permitiendo su participación y el ejercicio libre de su autonomía.
- La falta de participación y autonomía por parte de las madres evidenciada en la investigación, muestra la urgencia de que la mujer sea parte de promoción de los derechos y prevención de la Violencia Obstétrica, liderados por el área de Trabajo Social, en los que se brinde información y formación frente a los derechos que tienen durante toda su maternidad; de manera que a partir de dicha formación se fortalezca la apropiación de su sexualidad y por tanto su empoderamiento, participación y autonomía durante los procesos de gestación parto y post parto.

### **3.7.2. Recomendaciones**

#### **A la Corporación Escuela Galán**

- Trabajar en procesos de difusión de los Derechos en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, dirigidos a las beneficiarias del programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar, con el fin de prevenir la Violencia Obstétrica, fomentando la participación y autonomía de las mujeres durante la gestación, parto y post parto.
- Teniendo en cuenta que los cursos de preparación anterior al parto son de difícil acceso para las mujeres del programa, por condiciones como la distancia y la desinformación, se sugiere crear alianzas o generar procesos de formación que permitan contribuir a experiencias de parto en las que se garanticen todos sus derechos.
- Brindar atención psicosocial a mujeres del programa que hayan atravesado por experiencias de parto en las que ellas se hayan sentido vulneradas.
- Entendiendo la vulnerabilidad a la que puede estar expuesta la mujer rural, se sugiere crear alianzas que permitan generar procesos de investigación que faciliten la

identificación de las necesidades de esta población, con el objetivo de fortalecer la intervención que se da por parte de Corporación Escuela Galán.

#### **A las instituciones de salud:**

- Crear espacios de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y prevención de la violencia obstétrica liderados por profesionales en Trabajo Social.
- Generar procesos de humanización a partir de la dinamización de procesos educativos orientados al personal que labora en las instituciones de salud; procesos enfocados en el “cuidado” y la “comunicación asertiva” entre el cuerpo de salud y la madre, su familia y/o acompañantes.
- Trabajar en la integración de la familia a los procesos de gestación parto y postparto de las mujeres a partir de cursos psicoprofilácticos y la creación de protocolos que permitan el acompañamiento de a la madre durante el parto.
- Generar procesos internos que evidencien la inclusión del enfoque diferencial y de género en la atención en salud a las madres durante las etapas de gestación parto y postparto.
- Crear proyectos que fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, contemplados el Plan Decenal de Salud y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, teniendo en cuenta las etapas de gestación parto y postparto.

#### **Al Congreso de la República:**

Comprender la existencia de la violencia obstétrica en Colombia como una forma de violencia contra la mujer que debe ser reconocida como tal, visibilizada, prevenida, intervenida y sancionada, esto supone tener en cuenta las investigaciones adelantadas sobre esta problemática social desde diferentes disciplinas en el contexto Colombiano.

De acuerdo a lo anterior, la aprobación del proyecto de ley 147 del 2017 “por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica”, sería una herramienta para la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la gestación parto y post parto que permitirá una atención humanizada.

### **A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**

- Que desde los semilleros de investigación se aborden nuevas problemáticas sociales que pueden y deben ser abordadas desde el Trabajo Social, como lo son la violencia de género y sus nuevas manifestaciones.
- Que a partir curricular se incluyan componentes relacionados con la ruralidad, las problemáticas posibles en estos contextos, las nuevas formas de violencia contra la mujer y el abordaje desde el Trabajo Social en estas problemáticas y contextos. Todo esto como una forma de asumir los nuevos retos a los que debe hacer frente la universidad y el Trabajo Social.
- Por último, se sugiere que desde el área de proyección social de la universidad se generen convenios y/o procesos que permitan abordar problemáticas como la Violencia Obstétrica; como una forma de responder al quehacer investigativo de la universidad y contribuir al bienestar y desarrollo social de la población rural.

### **3.8. Logros del proceso de investigación**

- La investigación se presenta como un insumo que permite a Corporación Escuela Galán intervenir problemáticas que no han sido consideradas desde los procesos de formación con las mujeres pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar.
- Posicionar el fenómeno de la Violencia Obstétrica, como una problemática que debe y puede ser abordada desde el Trabajo Social.
- Visibilizar esta problemática desde un contexto rural, teniendo en cuenta que las pocas investigaciones encontradas en el contexto colombiano se refieren a mujeres atendidas en contextos urbanos.
- La creación de la cartilla titulada “Hacia la humanización del parto”, en la que se presentan acciones desde el Trabajo Social, el cuerpo de salud, las madres y familias, y la Corporación Escuela Galán, que contribuyen a la humanización del parto, como la estrategia más pertinente para contrarrestar la Violencia Obstétrica. Ver cartilla en el apéndice “I”.
- Debido a los resultados hallados en la investigación, Corporación Escuela Galán considera pertinente y solicita un taller dirigido a las mujeres pertenecientes al programa en el cual se promuevan los derechos sexuales y reproductivos en el parto. Ver en apéndice D. la planeación del taller.

**Bibliografía**

Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., González, A., & Rodríguez, C. (2014). *TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud* (1st ed.). BOGOTÁ, D.C: Consejo Nacional de Trabajo Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20S>

Aguirre, Martínez, Rivero, Blancas, Badillo, González & Marzuca. Atención del parto: Poder, derechos, violencia. *Rev Sal Quintana Roo*; 6(25) : 21-25. Recuperado de [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=198&id\\_seccion=3321&id\\_ejemplar=9714&id\\_articulo=99606](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=198&id_seccion=3321&id_ejemplar=9714&id_articulo=99606)

Alemán, N. M. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y Violencia Obstétrica. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

Alfonso E.A., Arcila A., Latorre M.L. (2015). Atlas en variaciones geográficas en salud de Colombia, Estudio piloto 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Atlas-variaciones-geograficas-2015.pdf>

Almaguer, J., García, H., & Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*, 10 (2), 45-46. Recuperado <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

Alvarez Matteazzi, E., & Russo, P. (2016). *Violencia obstétrica: naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Córdoba). Recuperado de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4514/Tesis-Violencia-Obst%20C3%A9trica.-Alvarez-Russo%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Asamblea Departamental de Cundinamarca. (2011) Ordenanza 099/2011 “Por la cual se adopta la política pública de Mujer, Equidad de Género e igualdad de Oportunidades. Recuperado de: <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/f56fc179-9055-4126-a9c6-e8aad88453c1/Ord++099+de+2011.pdf?MOD=AJPERES&CVID=k7NeQAr&099>

Asamblea General de las Naciones Unidas (1981) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993) Resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993 Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de: [https://cd3.uniandes.edu.co/content/download/632/3951/file/Declaraci%C3%B3n\\_sobre\\_la\\_eliminati%C3%B3n\\_de\\_la\\_violencia\\_contra\\_la\\_mujer.doc](https://cd3.uniandes.edu.co/content/download/632/3951/file/Declaraci%C3%B3n_sobre_la_eliminati%C3%B3n_de_la_violencia_contra_la_mujer.doc).

Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (1996) [ Ley 24632] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” Recuperado en: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)

Asamblea Nacional. 25 de noviembre de 2014. LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. [Ley No. 40.548]. Caracas Venezuela. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_ven\\_femicidio\\_ley\\_organica\\_sobre\\_derecho\\_de\\_mujeres\\_a\\_una\\_vida\\_libre\\_de\\_violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf)

Barranco, Expósito. C.(2014) Social Work and citizen participation in social policy making. Recuperado de <http://revistas.um.es/azarbe/article/viewFile/198341/161611>

Belli, L. F. (2013). 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](http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

Bonilla-Castro, E., & Sehk, P. R. (2005). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Colombia: Editorial Norma.

Bourdieu, Pierre. (1999). *Intelectuales, política y poder*. Eudeba. Recuperado de <http://www.ram-wan.net/restrepo/politicas/boudieu-poder%20simbolico.pdf>

Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (42). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/623/62304208/>

Britos, Clara & López, Sara. EL PODER DEL PARTO: La Violencia Obstétrica desde los aportes del Trabajo Social Reflexiones sobre la realidad argentina. (Tesis de pregrado, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/el\\_poder\\_del\\_parto.\\_tfg\\_clara\\_britos\\_y\\_sara\\_lopez.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/el_poder_del_parto._tfg_clara_britos_y_sara_lopez.pdf)

Cámara de Diputados. 28 de enero de 2015. Legislatura 362. Chile. Recuperado de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=11006%20&prmTIPO=TEXTOSesion>

Cámara de diputados Chile . (2017) . [ ley N°20.584 Ley Trinidad ]. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto. Recuperado de: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCuenta&prmID=63744>

Casal, N., & Alemany, M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100013&script=sci\\_arttext&lng=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100013&script=sci_arttext&lng=)

Castrillo, Belén. (2016). De partos y derechos en el camino hacia la humanización. In VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace 27 al 29 de julio de 2016 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas. Sección de Antropología Social. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf)

Centro de Información Oficial IMPO. (2017). [Ley N° 19580]. Ley de violencia hacia las mujeres basada en genero. modificacion a disposiciones del codigo civil y codigo penal. derogacion de los Arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Cerda, H. (2008). Los elementos de la investigación. Bogotá: EDITORIAL EL BÚHO LTDA.

Chiarotti, S., García Jurado, M., Aucía, A., & Amihiardi, S. (2003). Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario: INSGENAR, CLADEM. Recuperado de <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>

Concejo del Municipio de Une. (2016). PLAN DE DESARROLLO 2016-2019 “UNIDOS GENERAMOS PROGRESO”. Une Cundinamarca.

Congreso de la República de Colombia. (2002). [LEY 731 DE 2002]. Normas para favorecer a las mujeres rurales. Recuperado de <https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Leyes/Ley%20731%202002.pdf>

Congreso de la República de Colombia (2006) [ LEY 1009 DE 2006]. Por medio de la cual se crea con carácter permanente el Observatorio de Asuntos de Género. Recuperado de: <http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/LeyesFavorables/Nacionales/Ley1009-23ene2006-OAG.pdf>

Congreso de la Republica de Colombia (2008). [Ley 1257]. Por la cual se dictan normas de “sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=34054>

Congreso de la República de Colombia (2017). [Ley 147 de 2017]. Proyecto de Ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Recuperado de <http://www.senado.gov.co/az-legislativo/proyectos-de-ley>

Consejo de Ministros de Uruguay. 22 de diciembre del 2017 Ley N° 19580.Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Consejo Nacional de Trabajo Social. Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano, perfiles y competencias básicas del trabajador social. (2014). Recuperado de



[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf)

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2015). CÓDIGO DE ÉTICA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN COLOMBIA. Grupo Editorial Ibáñez: Bogotá D.C., Colombia.

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 5 [Título I]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 11 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 12 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 13 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 43 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 93 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 94 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constitución política de Colombia. (1991).Artículo 95 [Título II]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Cordero, N., Fernández, I., Palacios, J. (2006). Trabajo social y derechos humanos: razones para una convergencia. *Acciones e investigaciones sociales*, (1), 228. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002316.pdf>

Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210-1218. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a11.pdf>

Departamento Nacional de Planeación (2013). [ Conpes 161 ] Equidad de Género para las Mujeres. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia\\_2013-2016.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_2013-2016.pdf)

Corporación Escuela Galán. (2013). Misión y Objetivos. Recuperado de <http://escuelagalán.org.co/mision/>

Corporación Escuela Galán. (s.f). Estrategia. Recuperado de <http://escuelagalán.org.co/lineasdetrabajo/estrategias/>

Corporación Escuela Galán para el Desarrollo de la Democracia. (s.f.). Colombia.

Corporación Sisma Mujer. (2003). Navegador Pedagógico del Oriente de Cundinamarca: Municipios de Cáqueza, Choachí, Fómeque, Ubaque y Une. Colombia: Sisma Mujer

Fernández Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud ya las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 6(12). Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=514116e0-2d15-4662-b084-e0abc7e77cc0%40sessionmgr102>

Floyd, Davis. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y Holístico del parto. Este artículo se publicó en el *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento nº 1, noviembre de 2001, pp. S5-S2. Recuperado de: <http://es.scribd.com/document/225663674/Los-Paradigmas-Tecnocrati-Co>

Floyd, Davis. (s.f.) LOS TRES PARADIGMAS DE SALUD Y NACIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA FEMENINA” recuperado en: [https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05\\_TRES\\_PARADIGMAS.pdf](https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf)

García Jordá, Dailys, & Díaz Bernal, Zoe. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336. Recuperado en 18 de marzo de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es&tlng=es).

Gil, L., González, C., Restrepo, C., Tamayo Muñoz, J. (2015). Violencia Obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Recuperado de [http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1463/1/Violenciaobstetrica\\_aborto.pdf](http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1463/1/Violenciaobstetrica_aborto.pdf)

Gómez Becerra, J. C., & Ramírez Rodríguez, M. H. (2007). La intervención del trabajo social en la prevención de la violencia contra las mujeres. *Trabajo Social; núm. 9 (2007) Trabajo Social*. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/viewFile/8514/9158>

Gutini, Belén. (2015). Violencia en el embarazo. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Rosario). Recuperado de <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/5667/tesina.pdf?sequence=3>

HUMANOS. (1948). Declaración universal de los derechos humanos. Recuperado de [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modalidad Familiar. (s.f.). Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaICBF/Servicios/Familiar>

Lamas, Marta (2000) Diferencias de sexo, género y diferencia sexual Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2000. Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/351/35101807/>

Las Casildas (2015) observatorio de Violencia Obstétrica en Argentina recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVYyY1U/view>

Medina, Graciela. (2009). Violencia Obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas: Buenos Aires. Recuperado de <http://www.gracielamedina.com/violencia-obstetrica/>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina. 1 de Abril de 2009. Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres [Ley No. 26.485]. Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo Técnico: Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021 recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional del Mejoramiento de la Calidad en Salud (2016-2021). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/home-salud-sexual.aspx>

Miranda, Miguel . ( 2008). Historia e identidad del trabajo social en Salud. Revista de Trabajo social y salud, 60, p.15. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B7LILWDgsTVATko4RzRfOUdkVnc/edit>

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Organización de las Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Recuperado de [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=728C0425F8D3E6D7860E9DC20F7DDC15?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=728C0425F8D3E6D7860E9DC20F7DDC15?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Human Reproduction Programme. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (Resolución 33 C/15) recuperado de [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Pérez, L., & Márquez, M. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 61-75. Recuperado de <http://revistas.uosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1459>

Pérez Serrano Gloria. (1994). Investigación cualitativa: retos e interrogantes. Madrid: Muralla S.A.

Pita, L. A., González, W., & Segura, E. (2015). Aproximación al desarrollo rural desde la nueva ruralidad. *Ciencia y Agricultura*, 12(1), 15-25. Recuperado de [http://revistas.uptc.edu.co/index.php/ciencia\\_agricultura/article/view/4110/3556](http://revistas.uptc.edu.co/index.php/ciencia_agricultura/article/view/4110/3556)

Profamilia. Guía temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva para periodistas y comunicadores. (s.f). Recuperado de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf>

Quevedo, Paula. (2012). Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf)

Quijano, M. A. F., & Pérez, E. (2003). Mujeres rurales y nueva ruralidad en Colombia. Cuadernos de desarrollo rural, (51), 137-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/117/11705107.pdf>

Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento [RELACAHUPAN]. (2007) PARTO HUMANIZADO. Recopilación de folletos y artículos sobre el tema Material de apoyo para los talleres de capacitación. Recuperado de: [https://www.plancaif.org.uy/documentos/familia/item/download/38\\_891124c57666487d36face625458f0c1](https://www.plancaif.org.uy/documentos/familia/item/download/38_891124c57666487d36face625458f0c1).

Roth Deubel, A.-N. (2010). *Enfoques para el análisis de políticas públicas*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Ruales José. (2004). Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 22, núm. 99, marzo,, pp. 33-39

Universidad de Antioquia .png, Colombia. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf>

Ruiz Fonseca J G. (2003). El desarrollo axiológico del profesorado y la mejora institucional, tesis Universitat Rovira i Virgili. España. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8899/IIIPARTEMARCODEREFERENCIAME TODOLOGICA doctoral.pdf?sequence=6>

Haidú, G., & Javier, Á. (2015). Acompañamiento en el parto: un recorrido histórico. Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_alvaro\\_garcia\\_trabajo\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_alvaro_garcia_trabajo_final.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. 6th ed. México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Sadler, M. (2003). Así me nacieron a mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. [Tesis para optar al título de Antropóloga Social, Universidad de Chile]. Recuperado de [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi\\_me\\_nacieron\\_a\\_mi\\_%20hija.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1)

Santiago, R. V., Solórzano, E. H., Iñiguez, M. M., & Monreal, L. M. A. (2015). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18(1). Recuperado de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiNtIGqgvXVAhWJ8CYKHWSQD2oQFggkMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4237199.pdf&usq=AFQjCNFsXETxhjPpDbW6-0d8SqA8EjpSKA>

Sastre, I. (2015). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y puerperio. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. Tesis de grado. Recuperada de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>

Senado de la República Mexicano. 30 de abril del 2014 modificación del art 6 de la Ley general de acceso a una vida Libre de Violencia del 2007. Recuperado de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>

Senado de la República de Colombia. (2017). PROYECTO DE LEY POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN MEDIDAS PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTETRICA. Colombia. Recuperado de [http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/pl\\_147-17\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/pl_147-17_violencia_obstetrica.pdf)

Secretaría Distrital de la Mujer. Violencia Gineco – obstétrica y los derechos de las mujeres. (s.f.). Bogotá. Recuperado de <http://www.sdmujer.gov.co/inicio/813-violencia-gineco-obstetrica-y-los-derechos-de-las-mujeres>

Secretaría Distrital de Planeación SDP. (2017). Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito, recuperado de: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/PolíticasSectoriales/recursos\\_politica\\_pu/GUIA\\_PARA\\_LA\\_FORMULACION\\_PP\\_wf.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/PolíticasSectoriales/recursos_politica_pu/GUIA_PARA_LA_FORMULACION_PP_wf.pdf)

Sistema de Naciones Unidas de Panamá. (2010). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Recuperado de [https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo\\_web.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf)

Tena Tamayo, C., & Sánchez González, J. M. (2005). Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad. *México: Prado*, 407-427. Recuperado de [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/medicina.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/medicina.pdf)

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.(2016). Línea 11. Salud y desarrollo humano. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-citacio%CC%81n-APA-v7.pdf>

Vallana Sala, V. V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la Violencia Obstétrica en Bogotá. (Tesis de maestría). Cap. 2. Recuperado de [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiJtIjMkPPWAhWI6iYKHdL7BuMQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Frepository.javeriana.edu.co%2Fhandle%2F10554%2F19135&usg=AOvVaw2g9HokWqQkeucS\\_jkKt5UQ](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiJtIjMkPPWAhWI6iYKHdL7BuMQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Frepository.javeriana.edu.co%2Fhandle%2F10554%2F19135&usg=AOvVaw2g9HokWqQkeucS_jkKt5UQ)

## Apéndices

### Apéndice A. Formato de caracterización



Entrevistada No.: \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_

Pertenece a alguna etnia o cultura: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios que alcanzó:

- Básica primaria: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_
- Básica Secundaria: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_
- Media: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_
- Técnica: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_
- Tecnológica: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_
- Profesional: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_

Ocupación:

6.1. Se dedica a labores relacionadas con el agro Si \_\_\_\_ No \_\_; Con relación a actividades: productivas \_\_\_\_ reproductivas \_\_\_\_ comunitarias \_\_\_\_

6.2. Se dedica a otra labor Si \_\_\_\_ No \_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_; Con relación a actividades: productivas \_\_\_\_ reproductivas \_\_\_\_ comunitarias \_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Número de partos naturales: \_\_\_\_\_

Número de cesáreas: \_\_\_\_\_

Su último parto fue: Natural \_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_

¿Recibió alguna preparación, o curso para la gestación, parto y/o post-parto? Si \_\_\_\_ No \_\_

Hospital en el que fue atendido su último parto: \_\_\_\_\_

Municipio/ciudad: \_\_\_\_\_

Presentó algún tipo de complicación en el parto: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuál \_\_\_\_\_

Usted sufrió algún tipo enfermedad o trauma producto del trabajo de parto Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Cuál \_\_\_\_\_

Su hijo sufrió algún tipo enfermedad o trauma producto del trabajo de parto Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Cuál \_\_\_\_\_

Se sintió vulnerada o maltratada en su último parto: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

### Apéndice B. Instrumento: guía de entrevista



**Objetivo de la entrevista:** El objetivo de la presente entrevista es que usted narre su última experiencia de parto lo más detallada posible, de manera que durante la narración se le harán algunas preguntas para profundizar en aspectos puntuales.

1. ¿A quién atribuye la decisión de quedar en estado de embarazo?
1. ¿Cómo fue su experiencia de parto y cómo se sintió?
2. ¿En algún momento se sintió maltratada por parte del personal médico? ¿si o no y por qué?
3. Todos somos seres únicos con particularidades y características que nos diferencian de los demás y por ello somos tratados de manera distinta ¿siente que se le trató de manera distinta que a otras maternas o a todas se les trató igual?
4. ¿En algún momento se sintió discriminada por razones económicas, étnicas, culturales, entre otras? ¿De ser así cuéntenos cómo sucedió?
5. ¿Qué preparación recibió para el parto? ¿Quién se la dio?
6. ¿Cómo fue el proceso en relación a los tiempos del parto, es decir, se respetaron los 9 meses de gestación o se le indujo el parto antes de tiempo?
7. ¿Se le permitió tener parto natural o se le indujo por medio del suministro de medicamentos o cesárea? ¿cómo se dio este proceso?
8. ¿Se le brindó la posibilidad o se le permitió estar acompañada por alguien durante todo el trabajo de parto, como su pareja, familiar, amigo, etc.?
9. ¿Cuéntenos cómo fue y en qué momento tuvo el primer contacto con su hijo después de haber nacido (mirarlo, cargarlo, amamantarlo, etc)?
10. Cuéntenos frente a aquellos procedimientos y/o momentos a partir de los cuales sintió que se invadía su privacidad. Por ejemplo, si se le realizaron varios tactos vaginales por personal diferente o con presencia de practicantes sin que se le consultara, entre otros.
11. ¿Cuéntenos cómo era el proceso frente a los procedimientos que se le realizaban, si se pedía su consentimiento o se le brindaba una explicación acerca de por qué estos eran necesarios? algunos procedimientos pueden ser:
  - Aplicación de medicamentos para “apurar” el parto
  - Episiotomía
  - Rasurado genital
  - Enema
  - Raspaje del útero sin anestesia
  - Indicación de permanecer acostada todo el tiempo
  - Rotura artificial de bolsa
  - Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas
  - Compresión del abdomen en el momento de los pujos
12. ¿Relate cómo era el trato verbal que le daba el personal de salud?



13. ¿Cómo sintió que se dio su participación en el parto, es decir, tuvo opción de decidir?
14. ¿en algún momento se le critico o regaño, por ejemplo por gritar o llorar, y/o sintió que el personal de salud hacía comentarios ofensivos o en tono de burla acerca de usted o de su comportamiento? En dado caso de que hayan tenido lugar, haga referencia a aquellos momentos.
15. ¿Sintió que se atendieron tanto sus necesidades biológicas como psicológicas y emocionales, es decir, también se le preguntaba respecto a cómo se sentía, frente a sus sentimientos angustias o molestias? ¿sí o no y por qué?
16. ¿Siente que pudo actuar y expresarse con libertad o se le impusieron comportamientos? ¿Sí o no y por qué?
17. ¿En algún momento se sintió culpable por qué usted no hizo lo que el personal de salud esperaba? ¿si o no y por qué?
18. ¿Ha tenido alguna molestia de salud que se hayan desarrollado después del parto?

## Apéndice C. Formato de Consentimiento informado



### Consentimiento Informado para participantes de la investigación “La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar de Une Cundinamarca”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proporcionar información y claridades a las participantes de la investigación, frente a la naturaleza del proceso y lo que implica hacer parte de este, así como claridades frente a su rol como participantes.

La presente investigación es liderada por las estudiantes de Trabajo Social, Wendy Tatiana Castañeda Aponte y Yesika Lorena Vargas Daza, de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, con el respaldo de la Corporación Escuela Galán.

El objetivo del estudio es analizar la Violencia Obstétrica a partir de la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en Une Cundinamarca.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en una entrevista respecto a su experiencia de parto, esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Lo que se hable durante la entrevista se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado.

La participación en esta investigación es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, usted está en el derecho de hacérselo saber quién la entrevista, o dado el caso, no responderlas. Además, no se recibirá beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

DD\_MM\_AA\_\_ CC:

## Apéndice E. Matriz de categorización inductiva

Tabla  
Categorización de la información

Categorías Generales	Subcategorías Deductivas	Narrativa	Categorías Inductivas	Código
Acciones configurativas de la Violencia Obstétrica	Física	<p>E2: “Una vez me enfermé y me fui para Cáqueza, porque yo no me hice controles, yo sentía que se me venía el niño pero no, a los 8 meses me dijeron que me faltaban 2 meses, pero en mi cuentas me faltaba 1 mes. Mi cesárea fue programada, me pusieron algo en el suero y me dio calor y me dio mareo, me aplicaron algo para apurar el parto, y eso es lo que no entiendo porque si yo tenía cesárea, ¿para qué apurar?”</p> <p>E2 : “Se me indujo pero fue cesárea, no entiendo”</p> <p>E3: “Pues mal, por partes, porque no me atendían rápido, mi bebé ya estaba casi ahogándose y pues mi esposo y mi mamá, toda mi familia tuvo que estar allá para que me atendieran rápido porque ya tenía cuarenta semanas y después de que me atendieron me tuvieron dos días hospitalizada sin hacerme nada. Después me pusieron un medicamento que se llama pitocin, dos días ahí con dolores, nada ya a lo último pues el médico vio que no podía nacer el bebé y me hicieron una ecografía, el bebé estaba muy pegado a la parte de la cadera y por eso era que no podía nacer y hasta ahí pudo nacer, ya después, cuatro días después”.</p> <p>E3: “Sí, me aplicaron picotín, estuve dos días con el pitocin y con los dolores, pero no dilaté, mejor dicho, después, pues me hicieron cesárea”.</p> <p>E3: “Yo llegué el día que estaba programada la cesárea y no me daban dolores ni nada, pues como todavía faltaba una semana, porque él estaba para el cinco de septiembre y lo sacaron el treinta y uno y eso porque me la programaron para el treinta de agosto y yo no sé médico con el que me habían programado la cesárea como que no estaba, entonces me citaron al otro día”.</p> <p>E4: “Sí, con los tactos, cada vez uno diferente, mejor dicho, uno decía una cosa y otro decía otra, y así... y entonces uno a quien le creía, uno decía “va dilatando en dos” y otro decía “no usted va en tres”, y así”.</p>	<p>Información deficiente o confusa</p> <p>Demora frente a la atención</p>	ACCO-F

E6: “Tenía treinta y nueve semanas”

E6: “Sí, me la impuso prácticamente; entonces, pues deberían darle a uno la opción, bueno si en caso de que usted llegue a las 40 semanas y no le dan dolores ni nada, pues sí vengase a urgencias, pero eso la programan casi una semana antes”.

E7: “Y más encima me aplicaron la inyección trimestral, no me dijeron que era y me la pusieron y yo con esos entuertos, no me dijeron las consecuencias. El médico dijo hay que ordenar la trimestral para aplicársela”

E10: “Así me dejaron, llegué a las tres de la mañana, otra vez no podía de los dolores, volví a pedirle el favor a mi mamá para que subiera y le avisara a alguien; la enfermera fue y me miro y me dijo que no podía hacer nada porque no había ginecólogo, me dejaron así hasta las cinco de la mañana, ya prácticamente yo ya ni sentía el cuerpo, lo tenía adormecido el cuerpo, entonces, ahí si llego un doctor; el doctor me palpo y me dijo que todavía no había dilatado, que estaba en dos, que tenía que esperar hasta que dilatara, que no importaba la hora que fuera”

E10: “Así me dejaron, yo prácticamente ni fuerzas tenía; desde la madrugada hasta las 8 de la mañana, después de las ocho de la mañana ya mi mamá me vio disque grave, yo la verdad no me acuerdo, llamaron a un jefe de enfermería, él al mirar el pañal, vio que estaba lleno de agua y de sangre, entonces rápido urgente llamó a un ginecólogo, él me miró y me dijo que la niña se me estaba muriendo, y ya no iba a dilatar, entonces ahí fue que me remitieron para sala de cirugía para hacerme la cesárea, me entraron allá y me dejaron un buen rato, yo la verdad ya fuerzas no tenía. ”.

E10: “No, a mí la verdad me tuvieron que inducir el parto porque ya iba para cuarenta y dos semanas y no me daban dolores (...) yo fui a las cuarenta semanas, pero a mí me dijeron que esperara otro tiempito para ver si me daban los dolores”.

Psíquica

E7: “Espere como 1 hora y yo pensé en desconectarme, como a los 10 min llego la doctora y que vaciada que me pegó, me dio mi retacada me dijo estos aparatos no valen 100 pesos, eso tiene cárcel si los daña”

E2: “Pero tengo en duda con eso que me pusieron para apurar el parto, por qué a mí no me explicaron nada. Yo no pregunté nada yo estaba angustiada porque lo ponen a uno en una sala donde uno veía nacer los bebés, yo lloraba”.

Obstrucción en la toma de decisiones

Maltrato verbal por parte del personal de salud

ACCO-P

E2: “Pero las enfermeras mal. Pues rogué como por 3 horas por una pastilla y no me la alcanzaron, la enfermera me decía espérese usted no es la única paciente”

E3: “Pues sí, por los médico, pues ahí habían unos que lo trataban a uno bien y habían otros que lo trataban a uno como a las patadas.(...) uno trata a las personas bien, viendo que uno está sufriendo ayúdenlo a uno (...) por ejemplo, por solo preguntar, por hacer una pregunta me regañó, me trató mal (...) Ósea, como gritando”

E4.: “Pues en sí, pues no, pues lo único es que lo ponen a firmar a uno de resto no le preguntan a uno nada, no le dan ni opción; porque por ejemplo yo he escuchado que después de los cinco años uno lo puede tener normal, que es un poquito riesgoso y ellos no le dan la opción a uno, o lo tiene por cesárea o lo tiene por cesárea”.

E5: “Imagínese que yo le daba teta al niño y se me ahogaba mucho, yo al ver a mi hijo casi muerto, yo me senté y la doctora me regañó, que porque me podía descoser. En el modo que yo me levante a salvar a mi hijo, ellas me regañaban, no me creían que él se me ahogaba hasta la tercera vez que se puso morado y ahí sí me creyeron”.

E5: “Después se llevaron a mi hijo y que lo iban a llevar a otro hospital y yo lloré y lloré y la doctora solo me decía que me calmara, decía que una ambulancia vendría por él ,pero que se había varado en Chipaque y yo lloré y lloré. Al otro día llegó una doctora más buena gente y me explicó qué tenía mi bebé y qué le iban a hacer”.

E7: “desde la ecografía yo lo sentía como todo odioso, un día llegué tarde a la cita y me gritó delante de todos los pacientes”.

E9: “Pues ya tocaba como dilate, ellos participaban y pues ahí me tocaba colaborar”.

E10: “Después un doctor, un ginecólogo de apellido “Cortes”, que es lo único que me acuerdo, él me atendió, me dijo que tenía que dilatar porque era mi primera hija y además yo estaba joven, que por donde entró tenía que salir”.

E10: “La verdad yo pregunté que qué le pasaba a mi niña, que por qué estaba así, y me dijeron que era por culpa mía, que yo me había alterado mucho, que eso era culpa mía; a mí me parece que no fue así, si yo me alteré fue porque prácticamente yo me sentía mal”.

E10: “El médico decidió, yo no (...) porque la verdad yo le dije al ginecólogo, cuando vio que yo no dilaté, le dije “no doctor si tiene que hacer un cesárea hágamela”, me dijo “no, así como

Derechos Sexuales y reproductivos	<p>entro esa niña tendrá que salir” “usted tiene que tener a esa niña por parto natural y usted además está joven deje de ser floja”.</p> <p>E10: “yo le dije a una enfermera “me estoy ahogando” y me dijo “deje de gritar que usted no es la única mujer que ha tenido un hijo, deje de hacer feo, yo he tenido cuatro hijos y yo no me he muerto, usted por qué se va a morir por esa (...) que dejara de llorar que yo estaba era haciendo teatro”.</p> <p>E10: “Pues más que todo, que ellos me imponían todo, ósea yo no podía decir nada que porque tenía era que hacer caso, ósea sí yo sé que ellos saben mejor que yo, pero si yo les decía que me dolía algo, no era porque yo estaba exagerando, era porque era verdad, yo sentía que mi hija se iba a morir, ellos lo único que me decían era que dejara de gritar y hacer feo”.</p> <p>E10:” Después de que le dije a la doctor, “doctor ayúdeme que mi hija se me va a morir y yo me siento mal, yo siento que mi hija ya no la siento”, él me dijo “se calla y deje de gritar o le dejo esa china ahí adentro”, fue lo único que me dijo, me dijo “cállese y deje de gritar o si no le dejo esa china adentro”.</p> <p>E10: “dijo “todo esto pasa es por su culpa, porque usted hace más teatro, deje de hacer feo, si ve lo que pasó, va a hacer morir a su hija todo por su culpa”; me decían que todo era por mi culpa, por haberme puesto tan ansiosa y hacer feo”</p>	
	<p>E2: “pero las enfermeras mal. Pues rogué como por 3 horas por una pastilla y no me la alcanzaron la enfermera me decía espérese usted no es la única paciente”.</p> <p>E3: “Pues mal, por partes, porque no me atendían rápido, mi bebé ya estaba casi ahogándose y pues mi esposo y mi mamá, toda mi familia tuvo que estar allá para que me atendieran rápido porque ya tenía cuarenta semanas y después de que me atendieron me tuvieron dos días hospitalizada sin hacerme nada. Después me pusieron un medicamento que se llama pitocin, dos días ahí con dolores, nada... ya a lo último pues el médico vio que no podía nacer el bebé y me hicieron una ecografía, el bebé estaba muy pegado a la parte de la cadera y por eso era que no podía nacer y hasta ahí pudo nacer, ya después, cuatro días después.”</p> <p>E6: “ósea yo tuve la niña el miércoles más o menos a las ocho o nueve de la mañana, y ahí me hicieron aguantar hambre desde el lunes en la tarde, porque me dijeron que me iban a inducir el parto el martes en la mañana y pues no pasó nada, entonces me dejaron así; me</p>	Mala atención por parte del personal de salud DRS-

dijeron que había sido por eso, que yo había aguantado mucha hambre y que la niña había nacido con hipoglicemia”.

E7: “desde la ecografía yo lo sentía como todo odioso, un día llegué tarde a la cita y me gritó delante de todos los pacientes”.

E9: “ Por la edad un poco, el medico me dijo cuando el niño nació y estuvo hospitalizado que estábamos muy viejos para encargar, que me mandara a operar èl o yo, pero yo no le hice caso, estoy planificando con inyección”.

E10: “Después un doctor, un ginecólogo de apellido “Cortes”, que es lo único que me acuerdo, él me atendió, me dijo que tenía que dilatar porque yo era mi primera hija y además yo estaba joven, que por donde entró tenía que salir”.

E10: “Así me dejaron, yo prácticamente ni fuerzas tenía; desde la madrugada hasta las 8 de la mañana, después de las ocho de la mañana ya mi mamá me vio disque grave, yo la verdad no me acuerdo, llamaron a un jefe de enfermería, él al mirar el pañal, vio que estaba lleno de agua y de sangre, entonces rápido urgente llamó a un ginecólogo, él me miró y me dijo que la niña se me estaba muriendo, y ya no iba a dilatar, entonces ahí fue que me remitieron para sala de cirugía para hacerme la cesárea, me entraron allá y me dejaron un buen rato, yo la verdad ya fuerzas no tenía”.

E10: “Sí, porque la verdad yo le dije al ginecólogo, cuando vio que yo no dilaté, le dije “no doctor si tiene que hacer un cesárea hágamela”, me dijo “no, así como entro esa niña tendrá que salir” “usted tiene que tener a esa niña por parto natural y usted además está joven deje de ser floja”.

E10: “Yo le dije a una enfermera “me estoy ahogando” y me dijo “deje de gritar que usted no es la única mujer que ha tenido un hijo, deje de hacer feo, yo he tenido cuatro hijos y yo no me he muerto, usted por qué se va a morir por esa”. Que dejara de llorar que yo estaba haciendo teatro”

E10: “Después de que le dije a la doctor, “doctor ayúdeme que mi hija se me va a morir y yo me siento mal, yo siento que mi hija ya no la siento”, él me dijo “se calla y deje de gritar o le dejo esa china ahí adentro”, fue lo único que me dijo, me dijo “cállese y deje de gritar o si no le dejo esa china adentro”.

Derecho a la  
privacidad e

E1: Sí, sí sentí un poco eso porque entraron todos, todo el personal que no debió estar allá. Digamos entró la de la farmacia, entonces habían como cinco allá.

DRS-

<p>intimidad, honra y dignidad</p>	<p>E1: Entró la señora que entrega los medicamentos, entró la jefe, la enfermera, el médico y... como una trabajadora social no recuerdo bien.</p> <p>E2: Yo no pregunté nada yo estaba angustiada porque lo ponen a uno en una sala donde uno veía nacer los bebés, yo lloraba.</p> <p>E3: Llegaban todos los familiares y por entrar unos no podían entrar los demás, ósea, quedaba uno sin ver familiares, mejor dicho, después, como no lo dejan poner a uno nada, sino que uno tiene que estar así mientras le despierta la anestesia; llegaba gente y lo miraba a uno así desnudo, uno se sentía incómodo.</p> <p>E3: Sí, con los tactos, cada vez uno diferente... daban, mejor dicho, uno decía una cosa y otro decía otra, y así... y entonces uno a quien le creía... uno decía “va dilatando en dos” y otro decía “no usted va en tres”, y así.</p>	<p>Falta de condiciones de privacidad</p>
<p>Derecho a la salud reproductiva</p>	<p>E2: “Ninguna allá en el pueblo no hay eso, además yo me di cuenta cuanto tenía artos meses”.</p> <p>E3: “Pues mal, por partes, porque no me atendían rápido, mi bebé ya estaba casi ahogándose y pues mi esposo y mi mamá, toda mi familia tuvo que estar allá para que me atendieran rápido porque ya tenía cuarenta semanas y después de que me atendieron me tuvieron dos días hospitalizada sin hacerme nada”.</p> <p>E3: “Porque en ese tiempo habían muchas mamás en embarazo, los tenían normal y pues, les prestaban más atención a ellas que a mi bebé y a mí (...) yo creo que era porque tenía complicaciones”.</p> <p>E3: “Y también no habían como muchos médicos, solo había uno en ese momento, todos estaban ya en su casa y no, no nos podían atender, y eso no fue solo a mi sino a varias muchachas que estaban ahí conmigo” .</p> <p>E3: “No, ninguna, ni aquí en el centro, pues si los había pero no me dijeron nada, me dijeron fue cuando me faltaba poquito tiempo, y no alcancé a ir porque también preparaban a mi esposo para que me acompañara en el parto y no, ya me avisaron fue cuando ya había tenido a mi bebé”.</p>	<p>Condiciones institucionales</p> <p>DRS-SR</p>



E4: “No, porque pues a los controles va uno y no le dicen y no le explican, solo lo pesan, lo miden...de resto no (...) aquí en el pueblo no lo dan, y creo que en Cáqueza sí lo dan pero para ir hasta allá gasta más plata que lo que hay; pero pues a uno no le dicen nada, a Cáqueza uno solo va por exámenes, por ecografías al ginecólogo, pero no”.

E5: “Bueno pues eso fue muy duro para mí, yo fui al puesto de salud, porque ya no me aguantaba más, yo hice las cuentas y ya tenía los 9 meses. Me fui al pueblo (Une) y no habían médicos porque hubo un accidente, así que mi esposo me pago un expreso a Cáqueza”.

E5: “Llegué a Cáqueza y el médico me dijo que yo no tenía el tiempo, pero nosotros llevábamos las cuentas y si ya tenía los 9 meses; yo tenía miedo de que se me muriera en la barriga, el médico me mandó para la casa, pasaron 15 días volví a control y me dijo que estaba pasada de tiempo, él como que ese día estaba de afán y no hizo bien las cuentas”.

E7: “Espere como 1 hora y yo pensé en desconectarme, como a los 10 min llego la doctora y que vaciada que me pegó, me dio mi retacada me dijo estos aparatos no valen 100 pesos, eso tiene cárcel si los daña”.

E7: “Pues ni siquiera lo del parto, porque se me devolvió la sangre y ni se preocuparon, lo más importante, me dejaron con los dolores, y si uno dice que se siente bien le dicen que chao”.

E7: “Pues tengo sangre “cucha, chucha” son unos coágulos grandes y a uno le toca andar siempre con toalla eso huele a feo. Yo no he podido sacar cita porque toca madrugar a las 2 de la mañana eso esa más complicado”.

E10: “Mi experiencia de parto la verdad que fue muy traumática; la verdad me dejó muy decepcionada la atención que me prestaron allá en ese hospital”.

E10: “me informaron que el doctor no estaba que ya se había ido a descansar, entonces me dejaron ahí. La única fue una enfermera que me auxilio, me dijo que tenía que estar muy quieta porque podía ahogar a mi hija; yo la verdad me estuve quieta, pero eso era por el dolor, sí para mí el dolor era peor de terrible”.

E10: “Así me dejaron, llegué a las tres de la mañana, otra vez no podía de los dolores, volví a pedirle el favor a mi mamá para que subiera y le avisara a alguien; la enfermera fue y me miro y me dijo que no podía hacer nada porque no había ginecólogo, me dejaron así hasta las

cinco de la mañana, ya prácticamente yo ya ni sentía el cuerpo, lo tenía adormecido el cuerpo, entonces, ahí si llego un doctor; el doctor me palpo y me dijo que todavía no había dilatado, que estaba en dos, que tenía que esperar hasta que dilatara, que no importaba la hora que fuera”.

E10: “Así me dejaron, yo prácticamente ni fuerzas tenía; desde la madrugada hasta las 8 de la mañana, después de las ocho de la mañana ya mi mamá me vio disque grave, yo la verdad no me acuerdo, llamaron a un jefe de enfermería, él al mirar el pañal, vio que estaba lleno de agua y de sangre, entonces rápido urgente llamó a un ginecólogo, él me miró y me dijo que la niña se me estaba muriendo, y ya no iba a dilatar, entonces ahí fue que me remitieron para sala de cirugía para hacerme la cesárea, me entraron allá y me dejaron un buen rato, yo la verdad ya fuerzas no tenía”.

E10: “mientras que cuando me hospitalizaron a mí me tenían cuarto y todo y cuando me preguntaron eso me mandaron a hospitalización al pie de un viejita con neumonía, ósea en urgencias, me dejaron ahí; desde ahí empezó mi calvario, mi mamá tuvo que hablar con subgerencia porque no me iban a pasar de cuarto, me iban a dejar ahí en urgencias con un poco de gente. Me acuerdo que había un loquito a un lado y al otro lado una señora de la tercera edad con neumonía, y a mí me iban a dejar ahí en el medio”.

E10: “La hipoglicemia, después ya de que la niña no quería subir sus valores de la glicemia, eran bajitos bajitos, la pediatra que la estaba revisando me dijo que era porque yo había aguantado mucha hambre”

E10: “No, no porque como me tenían ahí con dos enfermitos ahí; supuestamente me iban a mandar a cuarto, pero duré un día ahí y no me mandaron a ningún cuarto, antes fue porque mi mamá se quejó o si no me hubieran dejado ahí”.

Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su Salud

E1: “Pues me parece, por lo menos me preguntaron que si me quería de una vez mandar poner la inyección trimestral, yo dije que no, a la jefe le dije que no y ella insistió, que eso era muy necesario, que yo no podía quedar embarazada en la dieta, yo no quería, y ellos de verdad como que no le preguntan a uno, como que nos es importante lo que uno dice porque igual yo dije que no y decían que sí, que eso era necesario que no sé qué, entonces yo no sé para que no le preguntan a uno”.

E1: “Digamos que frente a todo eso ellos medio me explicaban, pero iban diciendo iban haciendo”.

Calidad y cantidad de información

DRS-

Coerción

E2: “Pero tengo en duda con eso que me pusieron para apurar el parto, porque a mí no me explicaron nada. Yo no pregunté nada yo estaba angustiada porque lo ponen a uno en una sala donde uno veía nacer los bebés, yo lloraba”.

E3: “No, ninguna, ni aquí en el centro, pues si los había pero no me dijeron nada, me dijeron fue cuando me faltaba poquito tiempo, y no alcancé a ir porque también preparaban a mi esposo para que me acompañara en el parto y no, ya me avisaron fue cuando ya había tenido a mi bebé”.

E3: “Pues, ellos iba explicando digamos cuando me hicieron la cesárea iba contándome, mejor dicho lo que iban haciendo después cuando nació el bebé, qué le iban a hacer a él.

E4: “No, porque pues a los controles va uno y no le dicen y no le explican, solo lo pesan, lo miden .de resto no, aquí en el pueblo no lo dan, y creo que en Cáqueza si lo dan pero para ir hasta allá gasta más uno plata que lo que hay; pero pues a uno no le dicen nada, a Cáqueza uno solo va por exámenes, por ecografías al ginecólogo, pero no”.

E4: “No pues, cuando yo llegué me hicieron cambiar, quitar todo, y ahí me hicieron entrar a las camillas de recuperación, me hicieron sentar y me canalizaron. De ahí me aplicaron un medicamento pero no sé o no me acuerdo qué era”.

E4: “De ahí, pues la anestesia, eso le hacen firmar a uno, ósea antes de entrar allá le hacen firmar, le dicen a uno “este es el papel digamos que usted da la autorización de que el anesthesiólogo le aplique la anestesia” de ahí, de resto no, cuando era necesario a uno solamente le dicen que se voltee uno, que empiece a pegar las rodillas con la cabeza y de ahí ya lo anestesian a uno... allá no le dicen a uno “bueno le voy a aplicar la inyección”, cuando lo van a chuzar le dice a uno “ no se mueva”, eso le dicen a uno porque puede quedar uno jodido de la columna”.

E4: “No, pues eso fue lo único que me aplicaron en ese momento... ya después ahí me sacaron el niño, y ahí le aplicaban como la esa para el dolor de resto no le dicen a uno a veces esa para el dolor la primera le dicen a uno “es que es para el dolor”... pero ya después no”.

E4: “Pues en sí, pues no, pues lo único es que lo ponen a firmar a uno de resto no le preguntan a uno nada, no le dan ni opción; porque por ejemplo yo he escuchado que después de los cinco años uno lo puede tener normal, que es un poquito riesgoso y ellos no le dan la opción a uno, o lo tiene por cesárea o lo tiene por cesárea”.

E4: “Sí, yo le dije, yo le dije al ginecólogo porque eso lo mandan a uno muy seguido, y yo le dije que si uno no lo podía tener normal y me dijo que sí, pero que era muy riesgoso pero que ya para tenerlo normal ya era porque o uno llegaba que botaba el niño o porque lo tenía por el camino porque no alcanzaba a llegar al hospital o eso”.

E4: “No, y como eso escasitamente entran y lo revisan a uno, le dan el medicamento que le tienen que dar y ya se van a las otras, porque yo tampoco hice feo”.

E4: “Ella me dijo que para ponerme la inyección, que para planificación, pues yo como no sabía, yo dije pues sí, pues yo no pensé que me fuera a pasar eso, imagínese duré como 2 meses y medio manchando (...) solamente me dijeron que si me la quería poner, que para planificar, pero a mí no me explicaron nada de eso”.

E4: “Sí, deberían darle la opción a uno, no debería ser obligatoria porque eso y la cesárea. Es que no más yo preguntándole al médico, dijo que era riesgoso pero uno lo podía tener normal más de los tres años para arriba de una cesárea”.

E4: “Sí, me la impuso prácticamente; entonces, pues deberían darle a uno la opción... bueno, si en caso de que usted llegue a las 40 semanas y no le dan dolores ni nada, pues sí vengase a urgencias, pero eso la programan casi una semana antes”.

E4: “Solamente me preguntaron si era alérgica a algún medicamento (...)De ahí, pues la anestesia, eso le hacen firmar a uno, ósea antes de entrar allá le hacen firmar, le dicen a uno “este es el papel digamos que usted da la autorización de que el anesthesiólogo le aplique la anestesia” de ahí, de resto no, cuando era necesario a uno solamente le dicen que se voltee uno, que empiece a pegar las rodillas con la cabeza y de ahí ya lo anesthesian a uno... allá no le dicen a uno “bueno le voy a aplicar la inyección”, cuando lo van a chuzar le dice a uno “no se mueva”, eso le dicen a uno porque puede quedar uno jodido de la columna”.

E5: “Después se llevaron a mi hijo y que lo iban a llevar a otro hospital y yo lloré y lloré y la doctora solo me decía que me calmara, decía que una ambulancia vendría por él, pero que se había varado en Chipaque y yo lloré y lloré. Al otro día llegó una doctora más buena gente y me explicó que tenía mi bebé y qué le iban a hacer”.

E7: “No, me puso el pitocin y se fue, después llegó una doctora y le dije por favor ayúdenme, se me subió la tensión y me puse delicada, y me ayudó a reventar fuente, y me volvieron a

poner pitocin, yo pujaba y la niña se metía, yo siento que no me dejaron hacer un trabajo de parto, me dejaron ahí postrada ¿cómo la cadera se va a abrir?. Después la doctora dijo ya se vino la niña, y nació mi hija pero a mí me seguían los dolores y me dejaron rastros de la placenta”.

E7: “Y más encima me aplicaron la inyección trimestral, no me dijeron que era y me la pusieron y yo con esos entuertos, no me dijeron las consecuencias. El médico dijo hay que ordenar la trimestral para aplicársela”.

E7: “Pero eso a uno no le explican bien, eso solo es antes, no le dicen la verdad. Uno no sabe para qué se toma esa pastilla o ese antibiótico o por qué”.

E7: “Yo ya tenía el tiempo, y si me pusieron el pitocin. Pero eso a uno no le explican bien, eso solo es antes, no le dicen la verdad. Uno no sabe para que se toma esa pastilla o ese antibiótico o por qué”.

E7: “Pues de la privacidad nada, pero me parece grave lo de los residuos, sólo cuando el ginecólogo me abrió de piernas y con la mano me limpio y después una inyección en la pierna, para que no sé qué a uno nunca le dicen”.

E10: “Yo después de que me sacaron de sala de partos, le pregunté que dónde estaba mi hija, ellos me dijeron que la tuvieron que llevar, que a la incubadora, no me dijeron por qué (...) Prácticamente como a la una de la tarde de ese mismo día, no me dejaron ver; yo la verdad, a cada nada, a cada doctor que pasaba yo le preguntaba “dónde está mi hija, quiero verla”, y me decían “que espere tantico, no se preocupe descanse”, no me querían dejar ver la niña”.

E10: “Bueno, y pues yo no quise, y no quise, que fuera lo que Dios quisiera, que me la dejaran sacar, que la quería llevar conmigo para el cuarto. Entonces los médicos me dijeron que por qué era tan difícil, que por eso pasaba lo que pasaba y ya de tanto insistir me la dejaron llevar, me dijeron que eso era bajo mi responsabilidad”.

Mecanismos de desautorización	<p>E1: “No, ahora que usted me pregunta si creo que es necesario, pero en ese momento yo no sentí esa necesidad, pero ahora si siento que es necesario que atiendan lo emocional y eso.</p> <p>E2: “Pues me preguntaban que si algo me dolía, y que el bebé iba a estar bien pero nada más”</p> <p>E3: “No, solo miraban la herida, si estaba bien; no le preguntaban a uno si le dolía, nada (...) por ejemplo, en mi caso yo le había cogido fastidio a mi bebé, y a mí nunca me preguntaron; yo no lo podía ver, en este momento no recuerdo cómo es que se llama, pero yo no lo podía ver, me daba fastidio darle pecho, y no le preguntaban a uno nada, solo si le dolía”.</p> <p>E4: “Eso solo se enfocan en lo físico, eso casi no preguntaban, escasamente le dicen a uno “le duele mucho la herida”, y ya eso no se ponen a tanto, y como se supone que le dan a uno el medicamento, qué le va a doler, porque como solo le toman a uno la tensión y listo ya, y chao”</p> <p>E7: “Lo más importante siempre es la salud de uno, no hay tiempo para eso emocional”.</p> <p>E9: “Pues se preocupaban por mi salud, ósea que si veía lucecitas si algo me dolía, si sentía mareo, vomito, etc., pero no eso de los sentimientos”</p> <p>E10: “Sí, más que todo fue lo físico, le revisaban a uno pero no le preguntaban sobre lo emocional y eso”.</p>	<p>MECDE-FRAG</p> <p>Atención enfocada en la salud física</p>
	<p>E1: “ya estaban como muy intensos, porque siempre llegaban ahí, ¿qué si ya había amamantando al bebé?, que cómo tenía que coger el seno. Entonces, cosas así, igual yo ya había tenido un hijo, yo ya sabía, entonces eso me pareció que me trataban como si yo no supiera”.</p> <p>E2: “Le explicaban a uno como si uno no entendiera; de pronto era como el tonito en el que le decían las cosas a uno, como si uno fuera bien bruto, como si uno no entendiera, como si uno no captara”.</p>	<p>Saberes</p> <p>MECDE-NAT</p>

E5: “Llegué a Cáqueza y el médico me dijo que yo no tenía el tiempo, pero nosotros llevábamos las cuentas y si ya tenía los 9 meses; yo tenía miedo de que se me muriera en la barriga, el médico me mando para la casa, pasaron 15 días volví a control y me dijo que estaba pasada de tiempo, él como que ese día estaba de afán y no hizo bien las cuentas”.

E5: “Imagínese que yo le daba teta al niño y se me ahogaba mucho, yo al ver a mi hijo casi muerto, yo me senté y la doctora me regañó, que porque me podía descoser. En el modo que yo me levante a salvar a mi hijo, ellas me regañaban, no me creían que él se me ahogaba hasta la tercera vez que se puso morado y ahí sí me creyeron”.

E5: “Pues mi mamá era la que iba conmigo porque yo era menor de edad, ella peleaba con el médico y le decía que uno como mamá sabe sus tiempos, le decía sáquele ese bebé”.

E7: “Yo le dije a la doctora que me dolía y ella me dijo que eso era normal pero yo ya había tenido otra hija así que sabía que no era normal. Mi hermana le dijo que eso no era normal hasta que le creyó a mi hermana y me hizo la remisión a Bogotá”.

E7: “Pues yo estaba sola, yo pienso que ellos son los médicos y ellos sabrán”.

E7: “Aunque siento que ellos se imponen y dicen es que yo soy el médico. Ellos dicen que son los que saben y uno no”

E7: “Pues yo soy callada en mi familia todos somos así, uno no puede decir porque más encima lo vacean. Lo que le digan a uno será que es así, ellos saben”.

E9: “No pues yo colabore en todo, igual en el curso habían dicho, que no tocaba gritar ni nada de esas cosas, que era mejor callarse y aguantar”.

E9: “Pues ya tocaba como dilate, ellos participaban y pues ahí me tocaba colaborar”.

E10: “Pues más que todo, que ellos me imponían todo, ósea yo no podía decir nada que porque tenía era que hacer caso, ósea sí yo sé que ellos saben mejor que yo, pero si yo les decía que me dolía algo, no era porque yo estaba exagerando, era porque era verdad, yo sentía que mi hija se iba a morir... ellos lo único que me decían era que dejara de gritar y hacer feo”.

	<p>E7: “Me sentí culpable un poquito, más cuando me quite los aparatos esos”.</p> <p>E8: “Pues cuando se me bajó la tensión y el médico me regañó me dio como vaina porque la embarra uno, igual es un riesgo que uno toma, qué más da”.</p> <p>E10“La verdad yo pregunté que qué le pasaba a mi niña, que por qué estaba así, y me dijeron que era por culpa mía, que yo me había alterado mucho, que eso era culpa mía, a mí me parece que no fue así, si yo me alteré fue porque prácticamente yo me sentía mal”</p> <p>E10: “Bueno, y pues yo no quise, y no quise, que fuera lo que Dios quisiera, que me la dejaran sacar, que la quería llevar conmigo para el cuarto. Entonces los médicos me dijeron que por qué era tan difícil, que por eso pasaba lo que pasaba y ya de tanto insistir me la dejaron llevar, me dijeron que eso era bajo mi responsabilidad”.</p> <p>E10: “dijo “todo esto pasa es por su culpa, porque usted hace más teatro, deje de hacer feo, si ve lo que pasó, va a hacer morir a su hija todo por su culpa”; me decían que todo era por mi culpa, por haberme puesto tan ansiosa y hacer feo”.</p>	<p>Recriminación hacia la mujer frente a complicaciones</p>	<p>MECDE- CUL</p>
--	---	---	-----------------------



## Apéndice F. Matriz de categorización Abductiva

Tabla  
*Categorización abductiva*

Categorías Abductivas	Fragmentos	Código
Parto humanizado	<p>E1: “me atendió un médico y él fue súper querido, muy lindo, se portó muy bien conmigo. Fue mi primer parto y fue muy bonito y la atención muy buena (...) yo era la única y todos se enfocaron ahí en mí, todos estuvieron muy pendientes, igual ahí casi no atienden partos entonces todos ahí pendientes del bebé y todo”.</p> <p>E1: “el doctor después de que nació mi bebé él me felicitó, dijo que había sido una mamita muy fuerte y juiciosa”</p> <p>E1: “el doctor, él fue muy lindo y la doctora; es que en el primer parto a mí me fue mal porque yo no sabía en qué momento tenía que pujar o cómo hacer para que no me doliera tanto, entonces la jefe estaba ahí, y ella nos había dado la charla el día anterior entonces, ella me colaboró ahí en eso... y por eso también yo digo que mi parto fue sensacional, porque ella estuvo ahí... pero después que nace el bebé la mamita debe tener más participación”.</p> <p>E4: “para qué pero lo atienden a uno bien, lo tratan de buena manera”.</p> <p>E4: “ya después de que lo sacan a uno de sala de parto, ya hay veces que cambian de turno, llega una y entonces le explican es tal persona para aplicarle la inyección... pero ya después la muchacha le dice a uno “bueno mamita, ¿cómo se siente?, ¿el niño ha comido? ¿El niño está bien?” y así”.</p> <p>E6: “Súper bien, me atendieron muy bien. El anesthesiólogo me consentía muchísimo, y el ginecólogo igual, muy lindos”.</p> <p>E6: “Nosotros pasamos una carta, de que mi esposo quería entrar a la cesárea, el hospital lo autorizó y él pudo entrar (...)se la pasamos a la gerente nosotros le pasamos la carta, mi esposo tuvo que ir a dos cursos allá y ya (...) Esos cursos eran sobre cómo él debía entrar con toda la protección, y que él tenía que estar a unos espacio de la sala, y ya”.</p> <p>E6: “También se enfocaban en la parte psicológica de uno, porque después en el cuarto llegó una psicóloga y me preguntó ¿cómo me había ido?, ¿que cómo me había sentido en el parto?, así lo que usted me está preguntando, que ¿cómo era el trato?, ¿si le pareció chévere?... todo eso me preguntaba”.</p>	<b>PART-H</b>

E9: “No pues los médicos aterrados porque yo con 39 años y embarazada. Pero de resto hubo buena atención, me ponían cuidado, me preguntaban cómo me sentía”.

E1: “Bueno, el día antes yo tenía un control, el médico me dijo que ya estaba en días, que el bebé ya estaba listo para nacer y ese día nos dieron una charla (...)La charla me la dio la enfermera y era sobre la lactancia, de cómo bañar al bebé... Cosas de ese tipo”.

E5: “Acá en Escuela Galán nos explicaron que como darle seno al niño, que caminar hartos”.

E8: “En el centro de salud pero solo explicaban cómo respirar con las contracciones y cómo amamantar pero no en cesárea porque eso es distinto”.

E9: “En el centro de salud, le enseñaban a uno a envolver los bebés, como darles seno, como respirar, cambiarlos, sacarles los gases, estimulación temprana, etc.”.

---

### Apéndice G. Taller “Yo conozco mis derechos”



#### PLANEACIÓN DEL TALLER “YO CONOZCO MIS DERECHOS”



<b>FECHA</b>	Por definir con la corporación
<b>OBJETIVO</b>	Promover el conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos en las madres pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familia en Une Cundinamarca, para contribuir a la prevención de la Violencia Obstétrica.
<b>PARTICIPANTES</b>	Grupos de madres pertenecientes al programa de Desarrollo Infantil en Medio Familia en Une Cundinamarca
<b>RESPONSABLES</b>	Trabajadores sociales en formación: Wendy Tatiana Castañeda Aponte, Yesika Lorena Vargas Daza.
<b>METODOLOGÍA</b>	<p><b>Actividad de apertura:</b> “El círculo de los derechos”</p> <p>En el piso del salón va a haber un círculo en el que va a ir representados los siguientes derechos: Derecho a estar libre de discriminación por posición socioeconómica, Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, Derecho a la salud y salud reproductiva, Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad, y el Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud.</p> <p>Las participantes van a estar ubicadas alrededor del círculo, de manera que las profesionales en formación van a hacer mención de ejemplos en los que se vulneran cada uno de los derechos enunciados, de esta manera</p>

---

la mujer que se haya sentido vulnerada en algún momento de su maternidad frente a la situación enunciada deberá dar un paso que la aleje del círculo de los derechos; las trabajadoras sociales harán la respectiva retroalimentación.

**Desarrollo:** “La máquina de los derechos”

La participantes deben elaborar una máquina, llamada “la máquina de las soluciones”, que debe tener funciones/ botones por medio de las cuales se deben solucionar las problemáticas que se enuncian a continuación (representadas por medio de imágenes) y que corresponden a los derechos que allí se vulneran:

- Derecho a estar libre de discriminación por posición socioeconómica: “La Señora Margarita de la vereda Raspados, llega al hospital de Cáqueza con graves problemas económicos, de manera que no tiene dinero para los pañales de su hijo. Una de las enfermeras la trata mal porque dice que “cómo es capaz de tener un hijo si no tiene el dinero para mantenerlo”.
  - Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes: “Durante su parto Magda llora ya que siente mucho dolor a causa de los dolores, al quejarse el médico le dice “Deje de gritar, no sea berrinchuda, no estamos para aguantarle su cantaleta”.
  - Derecho a la salud y salud reproductiva: “Durante su gestación Eliana quería asistir a un taller de preparación para el parto, sin embargo, en el hospital le dijeron que no podía asistir porque no quedaban cupos”.
  - Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad: “María se siente muy mal ya que al no haber salas de parto, tuvo su bebé en un pasillo de urgencias del hospital frente a todos los pacientes que estaban allí”.
  - Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud: “La enfermera aplica a Diana una inyección sin explicación alguna, lo que ella no sabe es que el medicamento que se le aplicó fue la inyección trimestral”.
-

---

Después de elaborar la máquina, las participantes deben explicar las funciones de esta y la forma como da solución a los casos propuestos. Las profesionales en formación hacen la respectiva retroalimentación frente el derecho vulnerado en cada caso.

**Cierre:** “Yo tengo derechos en el parto”

Se hace la entrega de un recordatorio con el slogan “Yo tengo derechos en el parto”, al recibir este la mujer re afirma su compromiso de exigir sus derechos durante los procesos de gestación, parto y post parto; además asumen la tarea de ser multiplicadoras de los conocimientos adquiridos con otras mujeres.

El soporte teórico del taller, parte de la fundamentación de la misma investigación y de los datos hallados a partir de la misma, sin embargo, los elementos teóricos puntuales son los que se construyen alrededor de los derechos sexuales y reproductivos y la noción de Violencia Obstétrica, elementos que se referencian a continuación.

## MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta las construcciones de autores como Alemán (2011), Belli (2013) y Medina (2009) , la Violencia Obstétrica es entendida como aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte del personal de salud durante las etapas de gestación, parto y puerperio o postparto, y se configura a partir de las dimensiones física y psicológica, por medio de acciones invasivas y deshumanizadas que interfieren en la apropiación del cuerpo, la autonomía y la sexualidad de la mujer, generando afectaciones no solo en la madre sino también en el recién nacido. Este tipo de violencia se entiende como una derivación de las formas de violencia hacia la mujer, en el marco de la vulneración de derechos, específicamente, de derechos sexuales y reproductivos; además hace un énfasis especial en las relaciones desiguales que se establecen entre médico- paciente que la legitiman.

Por otro lado, se tienen en cuenta los derechos vulnerados en el campo de la salud sexual y reproductiva siendo los siguientes:

**Derecho a estar libre de discriminación por posición socioeconómica.** Este derecho se encuentra consagrado en la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las

---

---

Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en la “Resolución 15 aprobada por la Conferencia General art 11, enuncia que :

“Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.

**Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes:** La Declaración Universal de Derechos Humanos en su Art. 5 señala que: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” Así que debe respetarse su vida, su integridad física, psíquica y moral. En ese sentido según la comisión Andina de juristas 1997, afirma que además de este derecho es violentado cuando se le obliga a las persona a cometer actos contrarios a la convicción propia, la moral o los valores culturales.

**Derecho a la salud, salud reproductiva** el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Art 10 reconoce que: Debe existir protección especial a las mujeres en el periodo de gestación parto y post parto así como de licencias con remuneración y prestaciones de seguridad social que permitan llevar este proceso de manera integral y con estabilidad económica.

Así mismo, en el Art 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que los estados se comprometieron en tomar medidas apropiadas para eliminar la discriminación, también en el acceso a la atención médica en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Igualmente este acceso debe mantenerse en el embarazo parto y postparto, por medio de servicios gratuitos que dentro de las posibilidades aseguren la nutrición de las mujeres en el embarazo y la lactancia.

**Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad:** El Art 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que: Nadie será objeto de injerencias, esto quiere decir intromisión en su vida privada, familia o domicilio ni ataques a su reputación u honra. Chiarotti, Garcia,Aucúa y Armichiardi (2003) referencian que el derecho a la intimidad no es solo limitación de la injerencia de un actor externo, sino también hace referencia a la libertad para tomar decisiones pertenecientes a la vida privada de los individuos, sin coacción, amenaza, violencia.

---

---

### **Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud**

Este derecho se encuentra consagrado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y enuncia que: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. Esto quiere decir que debe tenerse en cuenta la autonomía de la persona a la que se le realizará el procedimiento.

#### **RECURSOS**

Cartón, pinturas, tapas de botellas, pinceles, lana, papel crepe, marcadores, escarcha.

#### **TIEMPO**

Actividad de apertura: 20 min; Desarrollo: 60 min; Cierre: 20 min.

#### **“El termómetro”**

#### **EVALUACIÓN**

Los profesionales en formación dibujan un termómetro, el cual tiene una medición del 0 al 60, de 5 en 5; siendo 0 la puntuación más baja y 60 la más alta. Cada mujer, pasa al tablero y dibuja diferentes figuras geométricas al frente del número que considere apropiado según las preguntas del profesional.

#### **REFERENCIAS**

- Alemán, N. M. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y Violencia Obstétrica. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>
  - Belli, L. F. (2013). 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](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
  - Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas: Buenos Aires. Recuperado de <http://www.graciamedina.com/violencia-obst-trica/>
  - Ley No. 40.548. LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. Caracas Venezuela. 25 de noviembre de 2014. Recuperado de
-

---

[http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_ven\\_femicidio\\_ley\\_organica\\_sobre\\_derecho\\_de\\_mujeres\\_a\\_una\\_vida\\_libre\\_de\\_violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf)

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005) “Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (Resolución 33 C/15) recuperado de: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) 1994 Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994

---

Fuente: Elaboración propia



**Apéndice H. “Documentos consultados para la construcción de antecedentes”**

<b>Título de la tesis</b>	<b>Autor</b>	<b>Enfoque</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>
Violencia obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto	Alvarez Matteazzi, Russo Eugenia, Pila.	No evidente	Trabajo social, intervención	2016	Argentina
La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud	Fernández Moreno, Sara Yaneth	Cualitativo	No evidente	2007	Colombia
Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia.	Tamayo Muñoz Juliana  Restrepo Moreno Clara María  Gil Laura  González Vélez Ana Cristina	No evidente	Obstetricia	2015	Colombia
La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía.	Biurrun- Garrido Ainoa  Goberna-Tricas Josefina	Cuantitativa	Artículo desde matronas, enfermeras (salud)	2013	España
La violación de derechos reproductivos durante la atención	Castro, Roberto			2013	México

institucional del parto: un estudio introductorio		Cualitativo	Sociología		
El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas	Pagura María; Fernanda; Spina Paula; Marano Milagros; Busaniche Mabel	Cuantitativo	Ciencias sociales (economía ciencia jurídicas )	2015	Argentina
Atención integral de la embarazada en la comunidad	Osorno Navarro; Mara Mercedes	Cuantitativo	Enfermería	2013	Colombia
Violencia en el embarazo	Giuntini Belén	Cualitativo	Tesis de grado trabajo social	2015	Argentina
Atención del parto: Poder, derechos, violencia	Aguirre Crespo Alejandra; Martínez Ramírez Beatriz; Rivero Karla; Blancas Mari; Carmen lucia	Cualitativo	Ciencias de la salud	2013	México
¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos	Fernández Guillén Francisca	Cualitativo	Ciencias jurídicas	2015	No evidente
Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto	Rosario Valdez-Santiago; Hidalgo-Solórzano Elisa; Mojarro-Iñiguez	Mixto	Cuantitativo	2015	México

---

	Mariana; Arenas-Monrea Luz Maria				
Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica	Magnone Alemán, Natalia	Cualitativo	Trabajo social	2011	Uruguay
Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá.	Vallana Sala, Viviana Valeria	Cualitativo	Psicología	2016	Colombia
Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género	Quevedo, Paula	Mixta	Trabajo social	2012	Argentina
La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense	Arguedas Ramírez Gabriela	Cualitativa	Bioética	2014	Costa rica
El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá	Monroy Muñoz, Sonia Andrea	Cualitativa	Estudios de género	2012	Bogotá
ASÍ ME NACIERON A MI HIJA” Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario	Sadler, Michelle	Cualitativa	Antropología social	2003	Chile

---

Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud	Faneite, J; Feo, A.; Toro Merlo, J.	Cuantitativo	Ciencias de la salud	2012	Venezuela
El discurso de la violencia obstétrica en Chile.	Fernández, R.; Campillay, B.; Lucero, J.; Cruz, S.; Jaurés, P.; Leiva, I.; Troncoso, P.	Cualitativa	Ciencias Sociales	s.f	Chile
Experiencias de gestación, parto y puerperio por medio de la partería a partir de las narrativas de tres mujeres en Bogotá	Amaya, Ángela; Barreto, Ana; Olaya, Laura	Cualitativa	Psicología	2014	Colombia
EL PODER DEL PARTO La Violencia Obstétrica desde los aportes del Trabajo Social Reflexiones sobre la realidad argentina	Britos, Clara; López, Sara	Cualitativa	Trabajo social	2016	España
Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu	Casal-Moros, N., Alemany-Anchel, M	Cualitativa	Ciencias de la salud	2014	España
La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto	Castrillo, Belén	No eviente	Sociología	2014	Argentina

Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama	Lizana Valdés, K.	Cualitativa	Antropología social	2016	Chile
VIOLENCIA OBSTÉTRICA: Conceptualizaciones desde las Usuaris y Profesionales de la Salud	Santos, Karen	Cualitativa	Psicología	2016	Uruguay
Me des-cuidaron el parto”: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto	Rodríguez Martínez, D., Torres Castro, N. M., & Restrepo Sánchez, A.	Cualitativa	Enfermería	2016	Colombia

Fuente: Elaboración propia

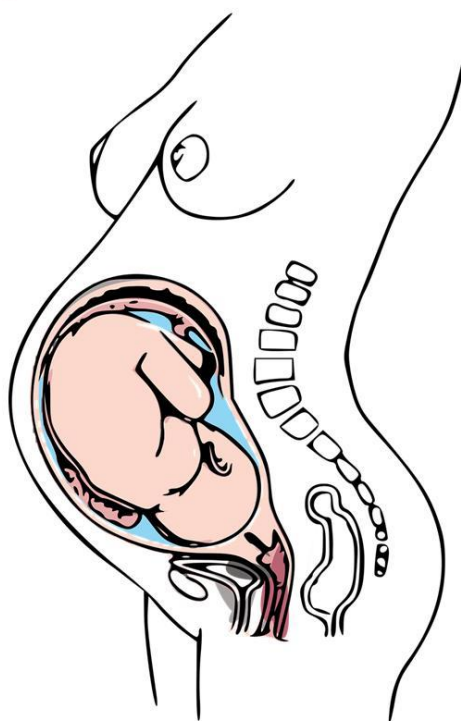
## Apéndice I. Cartilla “Hacia la humanización del parto”



### Acciones básicas desde la humanización para la prevención de la Violencia Obstétrica

#### Acciones desde

- El área de trabajo social de los servicios de salud
- El cuerpo de salud
- Las madres y sus familias
- La Corporación Escuela Galán



Cartilla elaborada como producto de la investigación “La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Une Cundinamarca” realizada durante el segundo periodo de 2017 y el primero del 2018.

### Autoría

**Grupo de trabajo**  
Wendy Tatiana Castañeda Aponte  
Yesika Lorena Vargas Daza

**Diseño**  
Yesika Lorena Vargas Daza

**Agradecimientos**  
A cada una de las mujeres rurales que nos compartieron sus experiencias de parto, por alentarnos a compartirlas, pero sobre todo por reafirmar nuestro compromiso con la visibilización de la mujer rural y la erradicación de la violencia de género.



### Acciones básicas desde la humanización para la prevención de la Violencia Obstétrica Hacia la humanización del parto



### En esta cartilla te contamos



Qué se entiende por Violencia Obstétrica  
Qué es el parto humanizado

Además de las contribuciones a la humanización del parto desde :  
Los trabajadores sociales en los servicios de salud  
Los profesionales en salud  
La Corporación Escuela Galán  
Las madres y sus familias

## Presentación

Esta cartilla se presenta como producto de la investigación "La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Une Cundinamarca" realizada durante el segundo periodo de 2017 y el primero del 2018.

Dicha cartilla, pretende ser un insumo que busca avanzar en la humanización del parto, (sin dejar de lado la gestación y el postparto), como la estrategia más pertinente para contrarrestar la Violencia Obstétrica, desde el componente fundamental que constituyen las relaciones que se establecen entre: personal de salud- madres y su familia o red de apoyo principal.

Así mismo, se hace relevante sugerir algunas acciones para contribuir a la humanización de este proceso desde el Trabajo Social, reconociendo a estos profesionales como parte de los equipos interdisciplinarios en salud, y su relevancia en el reconocimiento de la dimensión social de las madres que asisten a los servicios de salud.

Por último, se incluyen estrategias que se pueden ejecutar desde la Corporación Escuela Galán, como una de las instituciones que tienen acceso a los territorios en los que se encuentran las mujeres y desde la cual se realizó la investigación.



## Para empezar

### ¿Qué se entiende por Violencia Obstétrica ?

Es el tipo de violencia que se ejerce por parte del personal de salud, en procesos de gestación, parto y postparto, que se manifiesta en "la falta de respeto y maltrato durante la atención" (Organización Mundial de la Salud, 2014); que como consecuencia genera la pérdida de autonomía de la madre y por tanto la "capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres" (Venezuela, Ley No. 40.548, 2014).



### ¿Qué se entiende por Parto Humanizado ?

Es el proceso de parto en el cual todas las necesidades de la madre y su familia son escuchadas y tenidas en cuenta, de manera que el protagonismo lo asume la mujer y su hijo; el personal de salud asume un papel de respeto, acompañamiento y orientación. Así, la atención prestada por el personal, tiene en cuenta las dimensiones "cultural" "psicológica" y "social", basada en el respeto de la dignidad y los derechos humanos. (Almaguer, García & Vargas, 2012).





## Hacia al parto humanizado

### Contribuciones de los trabajadores sociales en los servicios de salud

Los profesionales en Trabajo Social pueden contribuir a procesos de humanización del parto en las instituciones de salud, a partir de:

1. **La creación de espacios pedagógicos y reflexivos** alrededor de la importancia del "cuidado" y "el cuidado del otro", orientados al personal de salud.
2. **La participación en espacios educativos** que permitan que médicos y enfermeras desarrollen procesos de comunicación asertiva con las madres y familias que asisten a los servicios de salud materna.



3.

**La ejecución de procesos de capacitación** orientados al personal de salud, frente a la importancia de reconocer las dimensiones cultural, emocional y psicológica de las mujeres que llegan a los servicios de salud.

4.

**El liderazgo en procesos de promoción** de los Derechos Sexuales y Reproductivos y de prevención de la Violencia Obstétrica, como parte de los componentes de los cursos psicoprofilácticos.

5.

**La participación en procesos de visibilización de la violencia obstétrica** y en la movilización de las mujeres para la creación de una política de humanización del parto o si es necesario para realizar el ajuste de los planes y las políticas ya existentes.



## Hacia al parto humanizado

### Contribuciones de los profesionales en salud

Las siguientes son acciones que, desde lo relacional, contribuyen al trato humanizado por parte de los profesionales en salud que atienden a mujeres en etapas de gestación, parto y postparto:

Trato con el máximo **respeto** a las madres, familiares y/o acompañantes.



Brindar **información** completa y oportuna, a la madre y su familia, con un lenguaje sencillo y claro (Frente a: medicamentos, procedimientos, estado de salud de la madre y su hijo, etc.).

Hacer partícipe a la madre de las **decisiones** que se tomen durante la gestación, parto y postparto.

Propender por un ambiente de **intimidad** dentro de las posibilidades de la institución de salud.

Propender por la atención integral, ofreciendo **servicio psicosocial** a la madre y su familia.

Brindar la posibilidad de **acompañamiento** de la pareja o un integrante de la red de apoyo de la madre durante el parto (recordando el componente "Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos" en su estrategia "abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico" en el literal "d")

Brindar **respuestas** oportunas y respetuosas frente a las dudas de las madres.

### Tener en cuenta:



La importancia de establecer un proceso de **comunicación asertiva** y continúa con la madre.

Que la **responsabilidad** es un elemento compartido entre la madre y el personal de salud

Las **necesidades y sentimientos** de la madre son importantes durante la gestación, parto y postparto.

Los rasgos **culturales, étnicos y geográficos** de las mujeres que asisten a los servicios de salud.



## Hacia al parto humanizado

### Contribuciones de la Corporación Escuela Galán

Estas son algunas acciones que se pueden llevar a cabo desde Corporación Escuela Galán para contribuir a partos humanizados, teniendo en cuenta el acceso que tienen a la población de mujeres rurales que se encuentran en los periodos de gestación parto y post parto:



## ¿Y cuáles son esos Derechos Sexuales y Reproductivos ?

1. Derecho a estar libre de discriminación por género.
2. Derecho a estar libre de discriminación por edad, factores étnicos o posición socioeconómica.
3. Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes
4. Derecho a la salud y a la salud reproductiva
5. Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad .
6. Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud.



## EL PARTO NOS PERTENECE!

### Contribuciones de las madres y sus familias al Parto Humanizado

#### Recuerda:

La importancia del **acompañamiento de tu familia** o red de apoyo principal

La importancia de asistir a los **cursos psicoprofilácticos** o pre-natales ofertados por tu entidad prestadora de servicios de salud; allí recibirás consejos importantes para el parto.

Dirigirte **oportuna y respetuosamente** al personal de salud, frente a dudas, sugerencias y necesidades.

**Expresar** tus dudas acerca del parto, medicamentos, procedimientos, entre otros.

Si deseas estar **acompañada** por alguien de tu confianza durante todo tu trabajo de parto, puedes pasar una carta dirigida al hospital donde expreses tu deseo de estar acompañada.

¡ QUE NO TE DE PENA!

### Puedes exigir durante el parto:



1. **Información** frente cada procedimiento y medicamento antes de que sea aplicado y/o realizado.
2. Que el personal **te trate dignamente**, que sea respetuoso, que no te grite, que no se burle de ti.
3. **Expresarte con libertad** tus sentimientos, miedos e inseguridades (llorar, gritar, cuestionar, si así lo sientes necesario).
4. Puedes solicitar **atención psicosocial** si lo consideras necesario (si tienes algún problema con tu familia, si tienes algún problema emocional, si sientes algún tipo de angustia, etc.).
5. Que **no te obliguen a planificar** inmediatamente si así no lo deseas.
6. Que se te justifique el por qué realizar una **cesárea y no un parto vaginal**.



### Puede que seas víctima de violencia obstétrica cuando:





- El personal de salud hace comentarios groseros o en tono de burla acerca de ti o tu comportamiento.
- Se te impone o obliga a tomar ciertas decisiones
- No se te proporciona la información suficiente antes de realizarte un procedimiento o aplicarte un medicamento.
- Se te realiza cesárea sin justificación alguna
- Se te prohíbe preguntar, llorar o expresar tus sentimientos o dudas
- Se te impide estar acompañada por alguien de tu confianza sin justificación alguna
- Haces preguntas o solicitudes y se te ignora
- Te acercas a la institución de salud y tu parto no es atendido oportunamente
- Te sientes maltratada físicamente
- Tu experiencia de parto te hace sentir violentada o maltratada



### ¿Qué hacer si has sido violentada?



Puedes hacer uso de los siguientes servicios:

-  Acércate a una oficina de atención al usuario del hospital en el que fuiste atendida, manifiesta la queja o en dado caso pasa una carta en la que expliques cómo fueron los hechos, tus datos y los datos de las personas involucradas.
-   Comunícate a la línea nacional "155" en la cual se brinda atención a mujeres víctimas de
-  Ingresa a la página web de la Superintendencia Nacional de Salud  
["https://www.supersalud.gov.co/es-co"](https://www.supersalud.gov.co/es-co) y sigue los siguientes pasos:
  - Dar clic en Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRS)
  - Diligenciar los datos solicitados:, relacionados con la información del remitente y el detalle de la

**¡Denuncia!**



## Referentes bibliográficos

Almaguer, J., García, H., & Vargas, V. (2012). *Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en cifras, 10 (2), 45-46*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

Asamblea Nacional. 25 de noviembre de 2014. *LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA*. [Ley No. 40.548]. Caracas Venezuela. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_ven\\_feminicidio\\_ley\\_organica\\_sobre\\_derecho\\_de\\_mujeres\\_a\\_una\\_vida\\_libre\\_de\\_violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf)

Fundación Largaía. (s.f). Acciones a desarrollar para la transformación de maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Recuperado de <http://www.funlargaia.org.ar/content/download/260/1620/file/035-60%20Dos>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012) *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=728C0425F8D3E6D7860E9DC20FDDC15?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=728C0425F8D3E6D7860E9DC20FDDC15?sequence=1)



Wendy Tatiana Castañeda  
cwendy@unicomayor.edu.co

Lorena Vargas Daza  
ylorenavargas@unicolmayor.edu.co

**Contacto**



## Hacia la humanización del parto

### Acciones básicas desde la humanización

### Apéndice J. “Cronograma”

<b>Actividad</b>	<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>
1. Selección del tema.	3 abril del 2017	10 abril del 2017
2. Delimitación del tema. Pregunta problema	11 abril del 2017	24 de abril del 2017
3. Objetivos de investigación.	25 de abril del 2017	28 de abril del 2017
4. Justificación.	2 de mayo del 2017	5 de mayo del 2017
5. Recolección de datos en bibliotecas y universidades.	8 de mayo del 2017	22 de mayo del 2017
6. Construcción de Antecedentes.	17 de julio del 2017	24 de julio del 2017
7. Recolección de datos marco teórico	31 de julio del 2017	7 de agosto del 2017
7. Construcción de marco teórico.	8 de agosto del 2017	14 de agosto del 2017
8. Construcción de diseño metodológico.	15 de agosto de 2017	21 de agosto de 2017
9. Diseño metodológico.	22 de agosto del 2017	29 de agosto del 2017
10. Inicio de instrumentos.	30 de agosto del 2017	11 de septiembre de 2017
11. Prueba piloto.	12 de septiembre	19 de septiembre
12. Aplicación de instrumento.	20 septiembre del 2017	10 de octubre del 2017
13. Cronograma, presupuesto.	11 de octubre del 2017	13 de octubre del 2017
14. Análisis e interpretación de datos.	15 de Enero del 2018	20 de Febrero del 2018
15. Entrega de informe	Marzo	Abril
16. Sustentación en la Universidad.	1 de mayo del 2018	12 de mayo del 2018

Fuente: Elaboración propia



### Apéndice K. “Presupuesto”

<b>Rubros principales</b>		<b>Unidades</b>	<b>Costos</b>
	Papelería	115	70500
Materiales	Cartillas	4	40000
	Ponqué Ramo	4	12000
Refrigerios	Gaseosa (1.5 Litros)	3	7800
(participantes de la investigación)	Vasos plástico (x 25 u)	1	1600
	Servilletas (x 150 u)	1	1600
	Transporte intermunicipal	4	108000
	Desayunos (recolección de la inf)	6	42000
	Almuerzos (recolección de la inf)	6	48000
	Cenas (recolección de la inf)	4	20000
Dietas y viáticos	Transporte (Bogotá)	12	61600
Imprevistos	5% del presupuesto		17215
	<b>Total</b>		<b>430315</b>

Fuente: Elaboración propia