

POR QUÉ CALLAR, SI NADIE SABE LO QUE SIENTO...

NO ES UN PROBLEMA DE ESTRATOS, ES UN PROBLEMA DE MUJERES

PARIR TIENE QUE SER UN ACTO SUBLIME

DAR A LUZ FUE UNA BATALLA DONDE RENACÍ

ERES UNA BERRACA

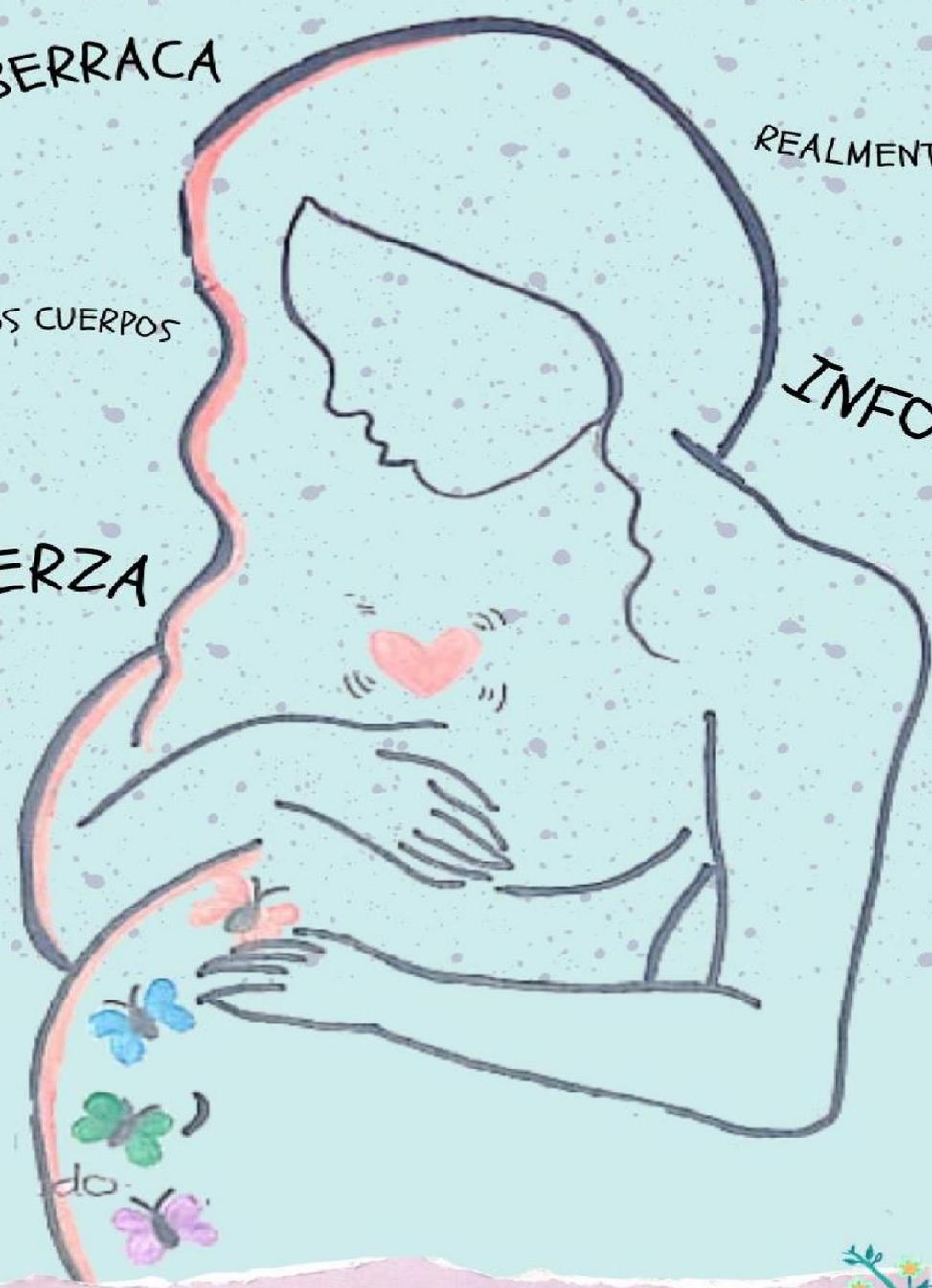
REALMENTE SOMOS CAPACES

CONOCER NUESTROS CUERPOS

INFORMARNOS

TOMAR FUERZA

SANAR



RESISTIR



**RESISTIR PARIENDO: INICIATIVAS DE MUJERES GESTANTES, PARTURIENTAS Y
PUÉRPERAS EN LA LUCHA POR LA REIVINDICACIÓN DE SUS DERECHOS
REPRODUCTIVOS DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

GINNA PAOLA DELGADO CORONADO

gdelgado@unicolmayor.edu.co / cel: 3213511176

NICOLL ALEXANDRA MARTÍNEZ OSPINA

nalexandramartinez@unicolmayor.edu.co / cel: 3213715324

Investigadoras

ASTRID MAYERLY LIZARAZO GORDILLO

Docente Asesora

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BOGOTÁ D.C.

2021-I

Dedicatoria

Ginna Paola Delgado Coronado

A Dios, por sostenerme de su mano durante todo este camino. A mi madre, por ser mi mayor fortaleza e inspiración para continuar creciendo en todos los aspectos de mi vida, por invitarme a no rendirme y por llenarme de su inmenso amor. A mi padre, hombre dedicado y trabajador, por todo el sacrificio y el esfuerzo que permitieron que esto fuera posible. A Juan, por premiarme con su bonita compañía, por creer en mí y enseñarme a perseverar por aquello que se quiere. A mi tía Miriam, mi segunda madre, por acortar la distancia con cada mensaje de apoyo y motivación durante los momentos más difíciles.

Solo tengo palabras de gratitud para todos y cada uno de ustedes por vivir este proceso conmigo y por ayudarme a ser la mujer que hoy soy... Gracias, por tanto.

Nicoll Alexandra Martinez Ospina

A los amores de mi vida:

A mi madre, por creer en mí, por ser esa palabra de aliento en los momentos difíciles, por inspirarme a seguir, por ser mi impulso y mi lucha. A Martin, hermanito precioso, por ser mi ilusión de vida y la motivación más grande que tengo para seguir aquí. A David, mi amor bonito, por invitarme a soñar en grande, por motivarme a alcanzar mis más grandes anhelos.

Por último, a mis abuelos, a ustedes mis viejitos bellos, por sus años, su sabiduría y su dedicación en mi crianza, por hacer de esa niña una gran mujer, los amo G-E.

Agradecimientos

A Dios por darnos la fortaleza para culminar esta etapa, por ser nuestra luz en los momentos de incertidumbre, por los aprendizajes adquiridos en medio de este maravilloso camino lleno de altas y bajas, y por cada una de las personas que aportaron a nuestro proceso.

A las mamás por permitirnos llegar a otras mujeres mediante sus experiencias, por alzar su voz, vencer el miedo y dar el primer paso para resignificar sus gestaciones, partos y maternidades.

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca por la oportunidad de formarnos personal y profesionalmente como trabajadoras sociales, así como también a cada docente que aportó sus conocimientos y enseñanzas dentro de nuestro proceso académico.

A nuestras compañeras Karen y Camila por crecer junto a nosotras, por motivarnos durante todo el proceso, pero sobre todo por su valiosa amistad, recordando que *“nuestra amistad será siempre la mejor herramienta para alimentar nuestras almas”*.

A la Fundación MamaInformada por abrirnos las puertas y brindarnos el apoyo desde el primer momento para visibilizar este fenómeno y contribuir a cada una de las mamás que pertenecen a su comunidad.

Resumen

El presente estudio aborda la comprensión de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género normalizada, en donde las madres configuran escenarios de resistencia en defensa de sus derechos reproductivos, destacando los significados construidos por ellas a partir de sus vivencias y experiencias antes, durante y después del parto, los cuales dan sentido a su realidad y a su vez permiten que se generen alternativas con el fin de cambiarla o modificarla. Para ello se realizó una investigación cualitativa de tipo exploratorio bajo el paradigma interpretativo-comprensivo, contando con la participación de 9 madres vinculadas por medio de la Fundación MamaInformada.

A partir de lo anterior, se identificó que la violencia obstétrica se compone de un entramado de múltiples violencias presentes en la sociedad que se reproducen directamente en los servicios de salud, sin embargo, en medio de las relaciones de poder entre madre y personal de salud, se identifica la posibilidad de ejercer y proponer diferentes iniciativas de resistencia con el objetivo de lograr el pleno goce y respeto de sus derechos, lo que a su vez conduce a nuevos procesos de subjetivación, en donde las mujeres rompen con la identidad tradicional que le ha sido socialmente asignada para lograr procesos desde su autonomía y capacidad de decisión. Finalmente, se reconoce el campo de posibilidades que tiene el Trabajo Social desde el área de la salud en la visibilización e implementación de estrategias que permitan a las madres vivir partos basados en la dignidad y el respeto.

Palabras claves: Violencia obstétrica, derechos reproductivos, resistencia, subjetivación, Trabajo Social.

Abstract

The current study has the objective of expose the obstetric violence as a normalized form of gender violence, where mothers configure scenarios of resistance in defense of their reproductive rights, highlighting the meanings constructed from their experience before, during and after childbirth, experiences which give meaning to their reality and allow alternatives in order to change or modify it. For accomplish this objective, a qualitative exploratory research was carried out under the interpretive-comprehensive paradigm, with the participation of 9 mothers linked through the MamaInformada Foundation.

Based on the above, it was identified that obstetric violence is made up of a network of multiple types of violence present in society that are directly reproduced in health services, however, in the heart of the power relations between mother and health personnel, the possibility of exercising and proposing different resistance initiatives with the purpose of achieving full enjoyment and respect of their rights is identified, which in turn leads to new processes of subjectivation, where women break with the traditional identity that has been socially assigned to them self to achieve processes from their autonomy and decision-making capacity. Finally, the field of possibilities that Social Work has from the health area is recognized in the visibility and implementation of strategies that allow mothers to live births based on dignity and respect.

Key words: Obstetric violence, reproductive rights, resistance, subjectivation, Social Work.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 1 |
| Capítulo 1. Definición de la situación a investigar | 3 |
| 1.1. Antecedentes | 3 |
| 1.2. Exploración de la situación problema | 7 |
| 1.3. Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia | 12 |
| 1.4. Problema de la investigación | 14 |
| 1.5. Pregunta de investigación | 16 |
| 1.6. Objetivos | 16 |
| 1.6.1. General | 16 |
| 1.6.2. Específicos | 16 |
| 1.7. Justificación | 17 |
| 1.8. Marcos de referencia | 19 |
| 1.8.1. Marco Institucional | 19 |
| 1.8.2. Marco Legal | 21 |
| 1.8.3. Marco Teórico-Conceptual | 30 |
| 1.8.3.1. Violencia obstétrica: Un análisis desde las relaciones de poder. | 30 |
| 1.8.3.2. Prácticas éticas de resistencia y subjetivación. | 34 |
| 1.8.3.3. Mujer como sujeto político y ejercicio de la ciudadanía. | 36 |
| Capítulo 2. Diseño Metodológico | 38 |
| 2.1. Tipo de Investigación | 38 |
| 2.2. Enfoque | 38 |
| 2.3. Paradigma | 40 |
| 2.4. Población | 42 |
| 2.5. Técnicas de recolección de información | 43 |
| Capítulo 3. Trabajo de Campo | 45 |
| 3.1. Preparación del trabajo de campo | 45 |
| 3.2. Recolección de información | 47 |
| 3.3. Organización de la información | 47 |
| 3.3.1. Categorización | 48 |
| Capítulo 4. Identificación de los patrones culturales | 49 |
| 4.1. Análisis descriptivo e interpretación de los datos cualitativos | 49 |
| 4.1.1. Violencia Obstétrica: Una manifestación de múltiples formas de violencia | 50 |
| 4.1.1.1. Violencia física. | 51 |
| 4.1.1.2. Violencia simbólica. | 55 |

| | |
|---|------------|
| 4.1.1.3. Violencia verbal. | 58 |
| 4.1.1.4. Violencia psicológica. | 61 |
| 4.1.1.5. Violencia estructural. | 64 |
| 4.1.1.6. Violencia institucional. | 67 |
| 4.1.2. Prácticas de libertad antes, durante y después del parto | 73 |
| 4.1.2.1. Iniciativas en defensa de derechos reproductivos. | 74 |
| 4.1.2.2. Toma de conciencia frente a la actitud en la experiencia de parto. | 77 |
| 4.1.2.3. Reconocimiento de derechos | 79 |
| 4.1.2.4. Identificación de alternativas en defensa de derechos. | 81 |
| 4.1.3. Transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre | 84 |
| 4.1.3.1. Reflexión a partir de la experiencia vivida. | 85 |
| 4.1.3.2. Conocimiento de sí misma. | 87 |
| 4.1.3.3. Resiliencia. | 91 |
| 4.1.4. Iniciativas individuales en pro del cuidado del otro | 94 |
| 4.1.4.1. Estrategias de sensibilización en pro del cuidado del otro. | 95 |
| 4.1.4.2. Planteamiento de propuestas y recomendaciones a futuras madres. | 97 |
| 4.2. Discusión desde Trabajo Social | 99 |
| Capítulo 5. Consideraciones finales | 103 |
| 5.1. Conclusiones | 103 |
| 5.2. Recomendaciones | 106 |
| 5.3. Logros investigativos | 109 |
| Referencias | 113 |
| Anexos | 123 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Normatividad Internacional..... | 22 |
| Tabla 2. Normatividad Nacional | 23 |
| Tabla 3. Normatividad Distrital..... | 28 |
| Tabla 4. Criterios de selección de la muestra | 43 |
| Tabla 5. Caracterización de madres participantes..... | 46 |
| Tabla 6. Categorización deductiva e inductiva | 48 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Legislación en América Latina..... | 6 |
| Figura 2. The moment you've been longing for. (El momento que has estado deseando.) | 9 |
| Figura 3. Derechos reproductivos en Colombia..... | 13 |
| Figura 4. The moment she realized how close she was to finally have him in her arms. (El momento en que se dio cuenta de lo cerca que estaba para finalmente tenerlo en sus brazos) | 15 |
| Figura 5. Did you give birth during the pandemic? (¿Diste a luz durante la pandemia?) | 18 |
| Figura 6. Logo Fundación MamaInformada | 19 |
| Figura 7. Misión y Visión de la Fundación MamaInformada | 20 |
| Figura 8. El proceso de la investigación cualitativa..... | 40 |
| Figura 9. Pieza comunicativa | 45 |
| Figura 10. Taxonomía categoría deductiva: Múltiples tipos de violencia..... | 50 |
| Figura 11. Cartografías corporales realizadas por las madres..... | 54 |
| Figura 12. Cartografías corporales realizadas por las madres..... | 61 |
| Figura 13. Anecdóticos realizados por las madres..... | 64 |
| Figura 14. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva..... | 68 |
| Figura 15. Estudios de caso realizados por las madres | 70 |

| | |
|---|----|
| Figura 16. Taxonomía categoría inductiva: Prácticas de libertad antes, durante y después del parto | 73 |
| Figura 17. This was such an empowering hospital birth! (¡Este fue un parto hospitalario tan empoderador!) | 77 |
| Figura 18. Alternativas al parto institucional en Colombia..... | 83 |
| Figura 19. Taxonomía categoría inductiva: Transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre | 84 |
| Figura 20. This is how we meet 2021 my dear followers! Empowered and positive. (¡Así es como nos encontramos en 2021 mis queridos seguidores! Empoderado y positivo) | 90 |
| Figura 21. Taxonomía categoría inductiva: Iniciativas individuales en pro del cuidado del otro | 94 |

Lista de Anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo A. Cronograma de actividades..... | 123 |
| Anexo B. Consentimiento de participación..... | 124 |
| Anexo C. Preguntas por categoría..... | 134 |
| Anexo D. Instrumentos de recolección de información | 136 |
| Anexo E. Actividad cartografía corporal | 143 |
| Anexo F. Actividad anecdotario | 144 |
| Anexo G. Actividad estudio de caso | 145 |
| Anexo H. Transcripciones de entrevistas..... | 146 |

Introducción

Gestar y parir han sido procesos que a lo largo de la historia se han transformado de acuerdo a las condiciones sociales, culturales y económicas presentes en los diferentes contextos, pasando de los saberes ancestrales y cuidados femeninos transmitidos de generación en generación con la misión de dar la bienvenida a nuevas vidas en casa, a la atención institucionalizada de los partos en hospitales a manos de los obstetras; es esta transición la que trae consigo nuevas perspectivas de entender y comprender el parto, pasando de concebirlo como un proceso natural a un suceso peligroso que requiere necesariamente de la intervención médica. Es bajo este panorama que se empieza a legitimar el conocimiento médico como el único capacitado para la atención reproductiva, dotándolo de control sobre los cuerpos femeninos, convirtiéndolo en un proceso altamente instrumentalizado e intervenido que niega la oportunidad a las madres de vivir los procesos en sus tiempos y posibilidades; es a raíz de esto que se normaliza e invisibiliza un nuevo tipo de violencia reconocida desde diferentes entes internacionales como violencia obstétrica, en donde se desconoce la autonomía y la dignidad tanto de la persona que pare como de la que está por nacer.

Partiendo de lo anterior y reconociendo lo poco abordado y estudiado que ha sido el tema, la investigación *“Resistir pariendo: Iniciativas de mujeres gestantes, parturientas y puérperas en la lucha por la reivindicación de sus derechos reproductivos durante la atención obstétrica”* busca por medio de las voces de aquellas que han vivido la violencia obstétrica, ampliar el panorama de análisis con el que se ha abordado a la mujer dentro de dicho fenómeno, resaltando su papel como sujeto político con capacidad de decisión sobre sus procesos. Asimismo, se brinda una mirada desde el Trabajo Social a los procesos de atención en salud reproductiva reconociendo las posibilidades de acción, en aras de contrarrestar las

desigualdades sociales desde la defensa de los derechos humanos y de la justicia social, siendo estos pilares fundamentales de la profesión.

El presente estudio se realiza bajo la metodología de Bonilla y Rodríguez (2005), a partir de las cuales se brindan cinco apartados que dan estructura a la investigación. En primer lugar, se encuentra el capítulo de definición de la situación a investigar, el cual se compone de los aspectos que dan sentido a la investigación tales como los antecedentes, problema, pregunta, objetivos, justificación y marcos de referencia. En segundo lugar, se presenta el diseño metodológico el cual consta del tipo de investigación, enfoque, paradigma, población y técnicas de recolección de información. Seguido de esto, se presenta el trabajo de campo en el cual se encuentra la fase de recolección, organización y categorización de la información obtenida. En cuarto lugar, se encuentra la identificación de los patrones culturales la cual se realiza a partir del análisis e interpretación de los resultados. Finalmente, se encuentra el capítulo cinco en donde se brindan las conclusiones y recomendaciones del proceso, además de los logros de la investigación.

Capítulo 1. Definición de la situación a investigar

El proyecto de investigación cualitativa, según Elsy Bonilla y Penélope Rodríguez en el libro “*Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales*” (2005), debe iniciarse con un plan de trabajo referencial el cual posibilita tener una visión conjunta de toda la investigación. Para ello expone la etapa 1 denominada “*Exploración de la situación*” la cual es requisito fundamental para depurar la formulación del problema y decidir sobre los métodos que se van a utilizar.

En esta etapa se tendrán en cuenta los siguientes aspectos a desarrollar: la formulación del problema, el planteamiento del problema en forma de pregunta, la articulación de la pregunta de investigación con los objetivos del estudio, las decisiones de muestreo, la recolección de datos y el análisis.

1.1. Antecedentes

La violencia obstétrica como problema de salud pública y de violación a los derechos humanos ha tenido una creciente visibilización en los últimos años en algunos países de América Latina y el mundo dada la afectación en la vida de las madres y el nivel de complejidad que implica, pues esta violencia a su vez reproduce otro tipo de violencias como la violencia de género (por estar dirigida especialmente hacia mujeres), violencia simbólica (por su normalización en la sociedad, lo que ha llevado a que sea asumida por las mujeres sobre las que recae), y violencia institucional (pues se produce desde las entidades de salud y está basada en las relaciones de poder que se dan entre el personal asistencial y las madres que son atendidas) (Rodríguez y Aguilera, 2017). Todo lo anterior es producto de la transición originada por el proceso de modernización entre la atención del parto por parteras en casa, a la atención del parto por personal de salud en hospitales, lo cual trajo consigo la tecnificación/medicalización de los procesos, viendo los cuerpos de las mujeres como

máquinas para parir, y el posicionamiento de la figura médica como único experto que posee el conocimiento científico sobre los procesos reproductivos, atribuyéndole el poder para administrar y regular la vida (Sánchez, 2015).

Con el fin de tener mayor acercamiento a esta problemática, se realizó un rastreo documental en 3 niveles: internacional, nacional y local, tal como lo sugiere Hernández et al. (2014), en el cual se identificaron las formas en las que ha sido abordada dicha realidad, así como también algunos autores con experiencia frente al tema que permiten tener bases teóricas para orientar la presente investigación.

A nivel internacional se puede destacar como referente la investigación realizada por Rodríguez y Aguilera (2017), quienes generan un aporte a la comprensión de la problemática desde el análisis cuantitativo de datos, en donde se reconoce a la violencia obstétrica no sólo como violencia de género sino también como violencia simbólica e institucional. Estos autores plantean un abordaje de la violencia obstétrica, tomando como punto de partida a la mujer como aquella que vive y que sufre este tipo de violencias, además resaltan las concepciones que se tienen hoy en día sobre el parto, el cual es entendido como un proceso médico, por tal motivo, se plantea la necesidad de concebir el parto como un proceso biosocial, histórico y cultural, con el fin de que se puedan contemplar las oportunidades de cambio y de mejora en la forma en la que son atendidos hoy en día.

En un segundo momento se referencia a Eva Margarita García con su tesis *La violencia obstétrica como violencia de género* (2018), quien en este estudio etnográfico aborda esta problemática como una forma extremadamente común de violencia de género, el cual se desarrolló bajo una metodología cualitativa- etnográfica, donde se llevó a cabo una recogida de datos con la ayuda de entrevistas semiestructuradas con el fin de hacer énfasis en los

aspectos vivenciales de las mujeres que han sufrido y por otro lado, de los profesionales que han podido ser agentes o espectadores de dicha violencia.

Partiendo de lo anterior, una de las apreciaciones que más se destacan es la concepción de la violencia obstétrica como control social del cuerpo femenino, en donde

Existe una idea latente de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas vitales en las mujeres, que deben pasar irremediablemente por la sumisión al orden médico establecido, que ha desarrollado toda una maquinaria destinada a regular y controlar los cuerpos femeninos. (2018. p. 63)

En ese sentido, se enmarca la idea de que la mujer ha sido guiada a interiorizar las normas y valores establecidos como normales, así como lo que conllevaría a salirse de los mismos, lo que legitima y ordena pasividad, normalizando la falta de información en los procesos o las malas prácticas derivadas de comportamientos “incorrectos”¹ de la mujer durante la gestación, parto y puerperio.

A nivel latinoamericano se han desarrollado legislaciones claras, que buscan visibilizar y defender los derechos sexuales y reproductivos a favor de la mujeres gestantes, parturientas y puérperas; como pionero de estas se ubica a Venezuela, país que para el año 2006 reglamenta la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. (Moreno y Guzmán, 2017), donde se reconoce la violencia obstétrica como violencia contra la mujer. Asimismo, se aprueban leyes en países como México (2007), Argentina (2009) y Ecuador (2012), en las cuales no solo se empiezan a reglamentar sanciones, sino la creación de planes

¹ Incorrectos al ser comportamientos que no se adecuan a los criterios comunes de paciente, es decir, aquellas mujeres que se resisten, gritan, lloran, o se niegan a algún procedimiento que consideran abusivo.

y programas para fomentar la atención integral de la mujer gestante, parturienta y puérpera por medio de estrategias como el parto humanizado.

Igualmente, en países como Chile (2013), Bolivia (2013), Brasil (2017) y Uruguay (2017), se inician proyectos de ley en los cuales se brindan lineamientos sobre los cuidados en la gestación, la definición de violencia obstétrica como violencia de género, además del establecimiento de colectivos y organizaciones que inician una ardua lucha por el cumplimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas del embarazo.

Figura 1

Legislación en América Latina



Nota. Mapa de Suramérica con la legislación en violencia obstétrica por países. Fuente:

Elaboración Propia sobre legislación en violencia obstétrica en América Latina (2020).

De esta manera, se logra observar el avance significativo que ha tenido América latina en materia de legislación para contrarrestar la violencia obstétrica, además de favorecer los partos humanizados y el respeto hacia la mujer. Sin embargo, se encuentran países como Colombia, donde se tiene poca o nula visibilización sobre esta forma de violencia a pesar de contar con normatividad nacional y políticas públicas que contemplan aspectos relacionados con la adecuada atención en el embarazo y enfoques de género, en las cuales no se ha logrado reglamentar ni tipificar la violencia obstétrica como violencia contra la mujer, lo que hace aún más necesario que se siga indagando y generando conocimiento sobre esta problemática con el fin de anular la indiferencia social y estatal ante este fenómeno que ha afectado y sigue afectando a las mujeres colombianas.

1.2. Exploración de la situación problema

Dentro del ámbito colombiano se identifica que la violencia obstétrica es un tema relativamente reciente y por tanto poco estudiado y abordado en el país. Pese a que se ha dado una lucha y discusión política desde el derecho y otras disciplinas sociales por la penalización de la violencia obstétrica dando apertura a la visibilización de la misma en el contexto colombiano, son escasas las instituciones y organizaciones regulatorias que velan por la defensa y protección de los derechos sexuales y reproductivos en materia de violencia obstétrica propiamente dicha. Esto puede ser resultado de la ausencia de un marco normativo que proteja a la mujer gestante, parturienta y puérpera de las distintas acciones y prácticas que hacen real la violencia obstétrica en los ámbitos de la salud, además de la falta de reconocimiento de esta violencia como una forma de violencia de género, violencia simbólica y violencia institucional, incluyendo las connotaciones que implica cada una de estas.

Al respecto, se cuenta con el estudio de Rivera (2020) quien afirma que en Colombia se ha contado con variedad de decretos y leyes en los últimos años en materia de violencia de género, sin embargo, en ninguna de ellas se contempla la violencia obstétrica, a diferencia de

otros países como Venezuela, Argentina y México. En el país la corte constitucional asegura que los derechos reproductivos están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna, a la igualdad, a la salud, etc., sin embargo, es evidente que esto no es suficiente para garantizar la humanización, el buen trato y la no violencia en la atención del parto, además agrega que a pesar que Colombia se encuentra suscrita en diferentes tratados internacionales no cumple con las medidas establecidas, generando un vacío en la disposición de políticas de prevención y control que profundiza la violencia de género.

El avance de las investigaciones para el análisis del fenómeno de la violencia obstétrica ha permitido a su vez un cambio de enfoque respecto a los actores que se encuentran inmersos en ella. Ejemplo de esto se puede observar en el estudio realizado por Puertas (2019), en donde desde una perspectiva etnográfica y partiendo de 11 entrevistas a mujeres, personal de salud y parteros, reconoce el rol de los actores involucrados de una manera integral. En concordancia con lo anterior, uno de sus aportes más significativos es el análisis que realiza frente a la figura del personal médico en la violencia obstétrica, dado a que no busca categorizar a los médicos como victimarios, sino también, como actores de un sistema que los vulnera y que reproduce esa violencia. En otras palabras, se tiene presente que la violencia obstétrica es ejercida por el personal de la salud, sin embargo, no depende individualmente de estos, en cuanto a responsabilidad se trata, pues este constituye un tipo de violencia que hace parte de un entramado mucho más complejo, en donde se deben tener en cuenta las difíciles circunstancias técnicas, económicas y ambientales en las que se desempeñan los profesionales, la crisis del sistema de salud en países latinoamericanos dado por las lógicas de maximización de rendimientos propias de dinámicas neoliberales, así como también, la incapacidad del sistema médico de dialogar con otros saberes tales como la partería.

Dicha propuesta se puede ampliar por medio del estudio de Arango et al. (2018), en el que a partir de un proceso desarrollado con el personal de salud de entidades hospitalarias de

la ciudad de Medellín, reafirma que las relaciones entre el personal asistencial y las gestantes están determinadas por un macro contexto en el que el Sistema de Salud de Colombia y las perspectivas neoliberales de mercantilización de la vida confluyen, y que a su vez esto determina las prácticas que se realizan a nivel hospitalario y educativo. En este sentido, el estudio incursiona en algunas fallas que presenta hoy en día el sistema de salud en el país, tales como la lógica de rentabilidad, la cual ha llevado a que muchas IPS cierren sus servicios de maternidad en vista de que se considera este servicio como improductivo y poco rentable, trayendo como consecuencia el colapso de las redes materno-infantiles por saturación, sobrecarga e inoportunidad de las pocas salas que continúan funcionando, lo que ha influido en la pérdida del interés y el respeto por la vida tanto de la madre como del recién nacido, evidenciándose en la poca calidad y humanización de los procesos de atención.

Figura 2

The moment you've been longing for. (El momento que has estado deseando.)



Nota. Madre en contacto piel con piel con su hijo recién nacido. Fuente: Eva Rose Birth (2020, 23 de febrero)

Ahora bien, el papel que ha jugado la mujer dentro de dicho fenómeno se ha podido analizar desde otras perspectivas, en donde ya no es vista desde la subordinación, sino como sujeto político dentro de su maternidad, para lo cual se retoma a Vallana (2016), quien con su tesis plantea la importancia de hacer una maternidad política, donde se deje de entender el embarazo como un proceso natural, biológico, obligatorio o normal, sino trascender que ser madre es una decisión personal, que la mujer no se embaraza por el mero instinto de reproducción ni por el rol social que sitúa a la maternidad en el ámbito femenino, sino como una decisión propia sobre sí misma. Partiendo de la importancia de dejar de lado los estereotipos o la intromisión sobre cómo vivir los procesos de manera adecuada, a lo que ella refiere como maternidad impotente, visibilizando que “La dependencia es entonces la característica más notable de la maternidad impotente, trayendo como consecuencias la enajenación, la infantilización y la pérdida de autonomía. Esta maternidad del experto, del consejo y de la intromisión” (2016, p. 59).

Es decir, cada mujer debe hacerse dueña de su proceso, de vivirlo, gozarlo y/o sufrirlo de la manera que mejor crea que es correcta, de no categorizar ni unificar la maternidad, mucho menos deslegitimar saberes, sino, empezar a practicar ese ejercicio político de decisión sobre sí mismas, de sus gestaciones, partos y crianzas, conociendo, pero sobre todo, exigiendo sus derechos, dejando de callar sus miedos, por el temor a que estos sean interpretados como actos egoístas.

Al respecto, Luna Alejandra Tobón, plantea “la construcción de nuevas apuestas epistemológicas en relación a los saberes construidos alrededor del parto y las maternidades” (2020, p. 17), mediante cartografías corporales. Una de las conclusiones más relevantes del texto anterior es la importancia de hacer política desde el cuerpo, entendiendo esto, como la disposición de toda la humanidad a un cambio o mutación al servicio de acciones

transformadoras, siendo posible pensar que los cuerpos de las gestantes y parturientas les convoque el deseo y el goce, no por los supuestos que se tiene de la maternidad ideal, sino por la posibilidad de crear nuevas maneras de hacerlo, desde un posicionamiento crítico, que se imponga ante las normas y estrategias que durante mucho tiempo se han normalizado y que en cierta medida han transgredido y violentado la integridad de la mujer, creando sesgos que impiden la posibilidad de reconocer y construir diversas formas de maternar posibles. Además, como segunda conclusión se parte de la creatividad y la sanación “como la fuerza que posibilita buscar el cambio que se necesita” (2020, p. 28) viendo la creatividad como forma de partir a nuevos horizontes, ir más allá de lo establecido, se trata de acciones organizadas para transformar la realidad que por mucho tiempo ha violentado, así mismo sanar, partiendo de la urgencia de relacionar la sabiduría ancestral y actual, más la que se está creando bajo las nuevas concepciones para lograr salir de las opresiones que se han impuesto a lo largo de la vida por ser mujeres.

A partir de las diversas reflexiones abordadas sobre esta problemática, surge el interés de esta investigación, el cual parte del diálogo y la vivencia de las madres cercanas a nuestro entorno, quienes a través de sus historias de vida expresan el contexto y los sentimientos bajo los cuales llevaron sus procesos de gestación, parto y puerperio, en los que fueron evidentes las connotaciones negativas y los abusos que muchas veces se normalizaron y pasaron por alto, pero que siguen generando miedo e indignación al momento de recordarlos.

“Sentía mucho susto, porque uno no sabe qué va a pasar, me sentía preocupada y sola, pues las enfermeras del lugar me dijeron que caminara por un pasillo, que ellas mientras yo iniciaba trabajo de parto iban a hacer un tinto, que, si me llegaba a sentir mal, que gritara ¡Gloria! que ellas ahí mismo llegarían” (Historia de parto, Tía).

Cada uno de los relatos escuchados, generaron sensaciones de impresión, tristeza y frustración al percibir la falta de humanización y dignificación de la mujer y la vida, lo cual propició la iniciativa de estudiar esta problemática desde la actualidad, con el fin de conocer los cambios o avances generados con miras a proteger y respaldar a la mujer en sus procesos desde todos los ámbitos: desde la normatividad, el sector salud y ella misma como sujeto autónomo y político en la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, partiendo de la importancia de conocerlos para alcanzar el pleno disfrute y goce de los mismos.

1.3. Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia

El derecho a la salud sexual y reproductiva se reconoce como una parte integrante del derecho a la salud que en Colombia se encuentra protegido por medio de la Constitución Política de 1991, lo cual dota de total responsabilidad al Estado en el cumplimiento y la plena garantía de los mismos para todos los colombianos. Estos derechos pueden ser entendidos según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2016), como un conjunto de derechos y libertades que permiten a las personas adoptar decisiones, hacer elecciones libres y responsables con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo, así como también acceder sin trabas a bienes, servicios e información que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva. En concordancia con lo anterior, es importante tener claro que, si bien estos derechos se encuentran relacionados, sexualidad y reproducción no pueden entenderse como uno solo, pues son 2 procesos totalmente diferentes en la vida del ser humano.

Dentro de la problemática tratada en esta investigación se abarca la violencia obstétrica como violación especialmente de los derechos reproductivos, pues dicha violencia se presenta en el ámbito de la reproducción, coartando de autonomía y de decisión a las madres en dicho proceso. En este sentido, a continuación, se exponen los derechos que se constituyen como reproductivos:

Figura 3

Derechos reproductivos en Colombia.



Nota. Listado de derechos reproductivos en Colombia. Fuente: Elaboración propia basada en el Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia. (s.f).

Cabe mencionar que en el país se cuenta con la Política Nacional de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos (2014), la cual incorpora las dimensiones y prioridades establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, sin embargo, en ella no se observan grandes propuestas en lo que respecta a la salud reproductiva, pues se encuentran establecidas unas metas, objetivos y propuestas orientadas de manera general a la salud sexual y reproductiva, lo cual impide que se dote de real relevancia la necesidad de fortalecer las

estrategias para garantizar estos derechos principalmente a las madres gestantes, parturientas y puérperas, quienes se ven aún expuestas a ser víctimas de violencia obstétrica sin ningún tipo de garantía, pues este sigue siendo un concepto ausente en la normatividad existente.

1.4. Problema de la investigación

La violencia obstétrica comprendida según Arguedas (2014) como “un conjunto de prácticas que denigra, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, (...) en el periodo de embarazo, parto y puerperio” (p. 146), es una problemática social que ha venido recientemente en creciente estudio por las afectaciones físicas, psicológicas y emocionales que repercuten en la madre, además de representar una amenaza contra el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud y a la no discriminación de las mujeres; los cuales deben ser protegidos según lo estipulado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), pues se considera que los derechos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales.

Sin embargo, en Colombia pese a que esta es una problemática vigente, son escasas las propuestas significativas en materia de legislación e investigación, lo que ha permitido que este fenómeno esté naturalizado e invisibilizado, dejando como resultado un evidente desconocimiento del mismo por parte de todos los actores que la conforman, de esta manera, dicha invisibilización constituye uno de los mayores obstáculos que han tenido las mujeres colombianas para lograr garantías y sanciones ante este tipo de vulneración. Cabe mencionar que se han llevado a cabo propuestas que pretenden ampliar el margen de protección de la Ley 1257 de 2008, en la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra la mujer, a partir del Proyecto de Ley 147 radicado en el año 2017, por la senadora Nadia Blel Scaff, desde donde busca categorizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, sin embargo, dicho proyecto generó toda clase de reacción, principalmente de rechazo por parte de la comunidad médica colombiana,

quienes manifestaron su inconformidad frente al proyecto debido a que, en palabras de ellos, se les estaba acusando de victimarios y esto podría coartar su autonomía y quehacer profesional.

Figura 4

The moment she realized how close she was to finally have him in her arms. (El momento en que se dio cuenta de lo cerca que estaba para finalmente tenerlo en sus brazos.)



Nota. Mujer dando a luz en una sala de parto. Fuente: Eva Rose Birth (2020, 12 de julio).

A partir de las fuentes consultadas frente al tema en el país y en el mundo, se ha evidenciado que esta problemática ha sido abordada principalmente desde tres perspectivas: desde la mirada y experiencia de la mujer víctima de violencia obstétrica, desde la mirada y experiencia del personal de la salud, y desde un análisis estructural del sistema de salud colombiano. Dichas perspectivas aportan una comprensión integral y amplia de la situación en cuestión, sin embargo, es inquietante la forma reiterativa en la que es concebida la mujer dentro de dicho fenómeno, en donde se le atribuye únicamente el papel de víctima. Si bien, para el desarrollo del presente estudio se parte de que la violencia obstétrica existe en el contexto

colombiano y que las mujeres son las que sufren/viven dicha violencia, también se reconoce que al estar inmersas en estos contextos han logrado ejercer acciones de resistencia desde dos vías: físicas y verbales, esto a partir de la manifestación de reclamos, denuncias y protestas con el propio cuerpo y con la voz, en rechazo de la situación de violencia experimentada en la atención del parto (Restrepo et al, 2016).

En concordancia con lo expuesto, se amplía el panorama de análisis de esta problemática contemplando una posibilidad de cambio y de transformación a partir de todas aquellas acciones de resistencia generadas por las mujeres en busca de la reivindicación de sus procesos reproductivos. Lo que hace posible resaltar la movilización que han gestado algunas madres en el ejercicio de su ciudadanía, permitiendo comprenderlas no solo como víctimas, sino como sujetos políticos que tienen capacidad de decisión sobre su maternidad.

1.5. Pregunta de investigación

¿Qué procesos de resistencia han ejercido y propuesto las mujeres gestantes, parturientas y puérperas como respuesta ante la violación de sus derechos reproductivos en la atención obstétrica?

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Comprender los procesos de resistencia que han ejercido y propuesto las mujeres gestantes, parturientas y puérperas como respuesta ante la violación de sus derechos reproductivos en la atención obstétrica.

1.6.2. Específicos

- Reconocer a partir de narrativas las experiencias de violencia vividas por las madres durante la atención obstétrica.
- Determinar las iniciativas individuales de resistencia que ejercen y proponen las mujeres gestantes, parturientas y puérperas en defensa de sus derechos reproductivos.

- Identificar nuevas formas de subjetivación que han surgido en las madres como consecuencia de las acciones de resistencia.

1.7. Justificación

La presente investigación pretende ampliar el panorama de análisis con el que se ha abordado con anterioridad a la mujer, partiendo de la posibilidad de cambio y transformación que esta misma puede generar a partir de los procesos de resistencia bajo los cuales busca la reivindicación de sus procesos como mujer y como madre, lo cual permite dejar a un lado la concepción victimizante que se le ha asignado para resaltar su papel como sujeto político con capacidad de decisión sobre sus procesos. De esta manera, los resultados de esta investigación estarán orientados a aportar a la comunidad de madres gestantes, parturientas y puérperas en la visibilización no sólo del fenómeno de la violencia obstétrica desde las voces de aquellas que la han vivido, sino también de las diversas iniciativas que desde la individualidad se han gestado en la defensa de sus derechos reproductivos, para así mismo incentivar a otras madres a defender su autonomía, dignidad y capacidad de decisión sobre si mismas.

Es preciso mencionar que esta investigación no beneficiará sólo a aquellas mujeres que ya son madres, sino también, a aquellas que aún no lo son, brindando insumos que faciliten procesos informados alrededor de la reproducción, del reconocimiento de los derechos reproductivos y de la exigibilidad de los mismos.

Figura 5

Did you give birth during the pandemic? (¿Diste a luz durante la pandemia?)



Nota. Mujer embarazada en sala de parto. Fuente: Eva Rose Birth (2020, 30 de noviembre).

El presente estudio constituye una oportunidad para reconocer el papel fundamental que tiene el Trabajo Social en el área de los derechos humanos, comprendiendo que esta profesión tiene como objeto los problemas y las necesidades humanas marcadas por unas condiciones sociales, económicas y políticas que generan situaciones de injusticia, violencia y desigualdad social, las cuales afectan principalmente a algunos sectores de la sociedad, como en este caso a las mujeres, quienes se ven inmersas en contextos de desigualdad y discriminación que les impide desenvolverse libre y autónomamente. Por esta razón, el trabajo social no debe perder de vista uno de los principios que fundamentan la razón de ser de la profesión, siendo este la justicia social, a partir del cual resalta el compromiso profesional de

los trabajadores sociales con las mujeres gestantes, parturientas y puérperas en la defensa de su dignidad y de los derechos humanos, en especial, los derechos reproductivos.

1.8. Marcos de referencia

A continuación, se exponen los referentes institucionales, legales y teórico-conceptuales, bajo los cuales se desarrolla el estudio y dotan de sentido el proceso investigativo.

1.8.1. Marco Institucional

El marco institucional se constituye por aquellos lineamientos de la institución en la cual se enmarcará el proyecto, contemplando la identidad institucional, los principios, la misión y la visión, entre otras cosas que permiten a las investigadoras la identificación del contexto social de la población que hará parte del estudio para asimismo orientar el propósito de la investigación.

Figura 6

Logo Fundación MamaInformada



Nota. Tomado de FMI (s.f)

El presente estudio se llevará a cabo con el apoyo de la comunidad de madres gestantes y lactantes de la Fundación Mama Informada, la cual es una organización colombiana, sin ánimo de lucro que tiene como objetivo la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, teniendo como base los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones de orden mundial que la promueven y apoyan como una prioridad de salud pública (Fundación MamaInformada [FMI], s.f.).

Esta institución fundada por Tatiana Navarro y Veronica Plata en el año 2018, ha logrado establecer redes de apoyo que permiten compartir experiencias y ofrecer soporte a través de la entrega de información basada en hechos científicos a las mujeres que van a iniciar la lactancia o que se encuentran en la etapa de lactancia, todo esto bajo los principios de empatía, amor y sororidad con los que se identifica la fundación y sus voluntarios (FMI, s.f.). Por ello, la misión y la visión de esta fundación están encaminadas a brindar herramientas y acompañamiento desde la gestación hasta la etapa de lactancia con el fin de empoderar a las comunidades en estos procesos, tal como se observa en la *figura 7*.

Figura 7

Misión y Visión de la Fundación MamaInformada



Nota. Misión y visión fundación MamaInformada. Fuente: Elaboración propia con base en FMI (s.f)

En este sentido, la fundación ofrece servicios de asesoría personalizada y acompañamiento desde el embarazo, con el fin de superar los desafíos, dudas o dificultades que le han surgido a la madre al momento de amamantar, asimismo habilita grupos de apoyo denominados “MamaInformada Comadres”, los cuales se desarrollan de manera presencial y virtual de carácter comunitario en el territorio colombiano (FMI, s.f), estos grupos son liderados por 25 madres voluntarias que fueron o son lactantes con un periodo acumulado de lactancia de al menos un año y además, cuentan con una formación especial durante 3 meses brindada por la misma fundación.

Resaltando el carácter social que tiene la institución, es preciso mencionar que existe una estrecha relación entre la misionalidad y el propósito de la misma, y los objetivos de la presente investigación, en la medida en que ambos buscan dejar de lado los mitos y estigmas que socialmente se han impuesto y normalizado en torno a los procesos que viven las mujeres, en este caso relacionados con el embarazo, el parto, la lactancia y la maternidad. Se destaca uno de los principios importantes por los cuales se moviliza la fundación y es visibilizar nuevas formas de ser y de asumir la lactancia y otros temas afines a partir de la información, lo cual posibilita crear conciencia sobre la capacidad de las mujeres de asumir estos procesos, perdiendo el temor y exigiendo sus derechos.

1.8.2. Marco Legal

En este apartado se expone el conjunto de leyes, políticas y normativas relacionadas con el tema a investigar con el fin de contar con un contexto jurídico que brinde las bases legales bajo las cuales se está sustentando el presente trabajo de investigación, para ello se retoman 3 ámbitos: Internacional, Nacional y Distrital, como se muestra a continuación.

Tabla 1

Normatividad Internacional

| Ámbito Internacional | | |
|---|--|--|
| Norma | Anexo | Contexto |
| <p>Objetivos de Desarrollo Sostenible (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s.f)</p> | <p>Objetivo 5 Igualdad de Género: Propone 1) Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo. 2) Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado. 6) Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.</p> | <p>Permite evidenciar la responsabilidad que tienen todos los países del mundo en erradicar las formas de discriminación y de violencia de las que las mujeres y las niñas son víctimas. Se resaltan los avances que han tenido algunos países en la búsqueda por la igualdad de género, sin embargo, las brechas de género aún persisten y se siguen agudizando en los países de América Latina, por ello se requiere de medidas e iniciativas serias por parte de los gobiernos que vayan más allá de lo superficial y promuevan una transformación de pensamiento en la sociedad desde una perspectiva de género, permitiendo a las mujeres y las niñas vivir en entornos seguros y tener oportunidades de acceso dignas que eleven su calidad de vida.</p> |
| <p>Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2014).</p> | <p>Cap. 7- A. Derechos reproductivos y salud reproductiva: Define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, por tanto, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, de forma responsable.</p> <p>7.6. Medidas: Todos los países por medio del Sistema de Atención Integral en Salud deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas, abarcando todo lo que se requiere para esto (información,</p> | <p>El aporte de dicha conferencia en materia de derechos es esencial, pues fue en este espacio en donde se declaró que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental, además se resaltó la importancia de empoderar a las mujeres y las niñas para garantizar el bienestar social; esto permite que los 179 países participantes (incluido Colombia), generen una serie de aportes desde políticas y programas que garanticen a todas las personas, pero principalmente a las mujeres y a las niñas, el ejercicio libre y responsable de su reproducción por medio del acceso a información y métodos de planificación familiar, además del acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan</p> |

| Ámbito Internacional | | |
|-----------------------------|---|--|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | asesoramiento, educación, servicios de calidad en planificación familiar y atención antes, durante y después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, etc); se deben preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender las necesidades de las mujeres y las adolescentes; y los gobiernos deben promover la participación amplia de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva; etc. | embarazos y partos sin riesgos. De esta manera, esta conferencia internacional se convierte en un referente clave para comprender los compromisos que firmó Colombia en materia de salud reproductiva y como se ha evidenciado su gestión en las políticas, planes y proyectos actuales para darle cumplimiento. |

Nota. Compilación de normatividad internacional. Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Normatividad Nacional

| Ámbito Nacional | | |
|---|---|--|
| Norma | Anexo | Contexto |
| <i>Ley 51 de 1981 “Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. (MinJusticia, 1981)</i> | <i>Art.12.</i> 1. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le | Colombia siendo un estado parte que cuenta con una ruta integral de atención materna y políticas de salud sexual y reproductiva, aún no logra una articulación de estas con el actuar del profesional sanitario. |

| Ámbito Nacional | | |
|--|---|---|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. | |
| <i>Constitución Política de Colombia 1991</i> | Art. 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. | A pesar de la promulgación de igualdad de derechos y no discriminación, la mujer colombiana durante sus procesos de gestación, parto y puerperio en muchos casos vive/sufre maltrato y vulneración a pesar de su estado, ya sea por su condición socioeconómica, edad, género, etnia o raza, lo que dificulta la existencia de procesos de atención verdaderamente integrales. |
| <i>Ley 1257 de 2008 “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”. (Congreso de la República, 2008)</i> | Art. 1. Objeto: Pretende la adopción de normas que permitan garantizar a todas las mujeres una vida libre de violencias tanto en el ámbito público como privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. Art. 8. Derechos de las víctimas de violencia: Tienen derecho a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad; a recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad; a recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos contemplados en esta ley; a recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva; a recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral; a | Pese a estar basada en los acuerdos estipulados en instancias internacionales que fueron ratificados por Colombia, el país se queda atrás en el reconocimiento de otras formas de violencia de las que las mujeres también son víctimas, tal como lo es la violencia obstétrica, limitando el acceso a la justicia y dejando como consecuencia la ausencia en la atención y protección de las mujeres que han sido víctimas de esta violencia, por lo cual no se encuentran acogidas dentro de los derechos estipulados en el artículo 8 de la presente ley, reduciendo las garantías para el ejercicio y la reivindicación de sus derechos, en especial de los que respecta a la salud reproductiva. |

| Ámbito Nacional | | |
|--|---|---|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas; a la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia; entre otras cosas. | |
| <i>Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MinSalud, 2013)</i> | <p>Dimensión 5: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:</p> <p>a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género. Estrategias como políticas públicas sectoriales y transectoriales con participación comunitaria; cumplimiento y apropiación de la normatividad internacional y nacional sobre derechos sexuales y reproductivos; y empoderamiento ciudadano para la exigibilidad y veeduría del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>b) Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. Estrategias como abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico; y abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales consolidando sistemas de información.</p> | Se presentan propuestas significativas para propiciar el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos, se propone el abordaje integral de la mujer en la atención obstétrica, sin embargo, esto en los servicios de salud maternos no se evidencia. Es necesario fortalecer e implementar sistemas de seguimiento y veeduría que velen por la buena prestación y calidad del servicio en la atención, de manera que no se permita vulnerar la integridad de la mujer y sea tenida en cuenta en la toma de decisiones sobre su gestación, parto y puerperio, además de permitirle el ejercicio libre y responsable de sus derechos reproductivos por medio del acceso a la información adecuada sobre los mismos. |
| <i>Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos 2014-2021. (MinSalud, 2014)</i> | Esta política se fundamenta en el enfoque de derechos aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Se destaca la importancia de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, pues esta | Se observa que dicha política hace especial énfasis en el ejercicio de la ciudadanía, por ello plantea orientar todas las propuestas con base en el enfoque de derechos, por medio del cual se pretende crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan. Dicho planteamiento es válido y fundamental para encaminar todas las acciones y propuestas contempladas en dicha política, sin embargo, se requiere de un |

| Ámbito Nacional | | |
|---|---|---|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | <p>tiene como propósito el bienestar de todas y todos, además el ejercicio de los derechos y la ciudadanía plena.</p> <p>Los componentes de esta Política son los definidos por el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.</p> | <p>mayor esfuerzo en la implementación de estrategias pedagógicas e informativas que permitan a la ciudadanía conocer sus derechos para de esta manera exigirlos y ejercerlos, pues es evidente la grave desinformación que existe respecto a los derechos sexuales y reproductivos, pues estos no son vistos como prioritarios dentro de la sociedad, lo que posibilita que se sigan vulnerando y que la violación a los mismos siga pasando desapercibida en los diferentes espacios.</p> |
| <p><i>Política de Atención Integral en Salud (MinSalud, 2016)</i></p> | <p><i>3. Política de atención integral en salud.</i> El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.</p> <p><i>3.2.2 Rutas Integral de Atención en Salud.</i></p> <p>Para superar el problema de fragmentación en la atención en salud de la población, se elaboraron las RÍAS, las cuales permiten ejecutar el Modelo Integral de Atención, siendo un conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo, dentro de los cuales se ubica la población en condición materno -perinatal.</p> | <p>La ruta integral brinda herramientas para la atención a la población en condición materno-perinatal, dentro de la cual se ofrecen guías para prácticas clínicas, donde no se logra evidenciar un verdadero enfoque integral, pues se abordan procesos específicamente hospitalarios y no se maneja la dimensión psicosocial de los mismos.</p> |
| <p><i>Proyecto de Ley 147 “Por medio del cual se dictan medidas para</i></p> | <p><i>Art. 1:</i> La presente ley tiene como objeto identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la</p> | <p>Permite visibilizar la violencia obstétrica como una violación directa a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en sus procesos de gestación,</p> |

| Ámbito Nacional | | |
|---|---|---|
| Norma | Anexo | Contexto |
| <i>prevenir y sancionar la violencia obstétrica”.</i> <i>(Senado de la República, 2017)</i> | eliminación de todas las formas de violencia de género como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto, parto y puerperio, así como la salud ginecológica y sexual. | parto y puerperio, brindando principios, medidas preventivas y correctivas, además de sanciones que permitan garantizar el trato digno y humanizado en la atención de estos en el territorio colombiano. |
| <i>Plan Nacional de Desarrollo (DNP 2018)</i> | <i>Pacto de equidad para las mujeres:</i> Objetivo 2: Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. | Bajo la dimensión en salud, el plan nacional de desarrollo en su pacto para la equidad de las mujeres busca la promoción de los derechos sexuales y reproductivos además de la prevención de las violencias, lo cual, resulta de suma importancia teniendo en cuenta que el desconocimiento de los derechos por parte de las mujeres hace que en muchos casos se normalicen y acepten actos abusivos, perpetuando así la sumisión ante muchos tipos de violencia. |
| <i>Resolución 3280 de 2018 “Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de (...) la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”</i> <i>(MinSalud, 2018)</i> | Título 3. Ruta integral de atención en salud materno perinatal: Es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional que define a los integrantes del sector salud las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todos los recién nacidos, mujeres durante la etapa preconcepcional, la gestación, el período perinatal y el posparto. 4.3 Atención para el cuidado prenatal: Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a mejorar la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir temporalmente los riesgos relacionados con la gestación y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro. Dentro de las cuales se ubican, información en | Partiendo de la ruta integral de atención, la cual se sitúa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, se observa que no se implementa en todas sus instancias por parte de los integrantes del sector salud, debido a la frecuente incurrancia en las malas prácticas como lo es la maniobra de Kristeller, el rasurado, la episiotomía, los gritos, las burlas y la privación del acompañamiento por parte de un familiar, así como la imposición de la postura al momento de parir, donde se le sigue negando a la mujer, al recién nacido y a la familia condiciones seguras y más humanas durante estos procesos. |

| Ámbito Nacional | | |
|--|--|---|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | salud, el plan de parto, valoración del riesgo y atención del expulsivo. | |
| <i>Proyecto de Ley 191 “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”. (Senado de la República, 2020)</i> | Artículo 1: Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos. | Apuesta a la salud materno perinatal, buscando la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; se presenta como una herramienta que facilite la adecuada atención en salud y en acompañamiento psicosocial tanto para la gestación como para el periodo de posparto, siendo respetuosos con la diversidad cultural de las mujeres habitantes del territorio colombiano, respondiendo al significado social del parto y el nacimiento, basándose además en las recomendaciones expuestas en leyes anteriores con el fin de hacerla más integral. |

Nota. Compilación de normatividad nacional. Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

Normatividad Distrital

| Ámbito Distrital | | |
|--|--|--|
| Norma | Anexo | Contexto |
| <i>Resolución 1709 de 2014 “Por la cual se establecen criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para mejorar la atención materna” (Secretaría Distrital de Salud, 2014)</i> | Art. 3: Criterios y pautas para la atención materna. Las IPS del Distrito Capital deberán: Garantizar la atención inmediata de toda gestante o púérpera que demande el servicio de urgencias; garantizar disponibilidad permanente del Kit de Emergencia Obstétrica; realizar un seguimiento trimestral de adherencia a las guías distritales de atención materna (control prenatal, trabajo de parto y complicaciones, sepsis obstétrica, hemorragia posparto y atención de | Dicha resolución tiene como propósito mejorar la atención materna, sin embargo, en ningún momento se hace referencia a garantizar el respeto, la integralidad, ni la calidad del servicio durante la atención de la gestación, parto y puerperio, no se habla de considerar a la mujer como sujeto de derechos, ni tampoco de sanciones para los profesionales que ejerzan su profesión por medio de prácticas abusivas y no informadas. Se evidencia que estos criterios para mejorar la atención materna están enfocados únicamente en |

| Ámbito Distrital | | |
|---|--|--|
| Norma | Anexo | Contexto |
| | trastornos hipertensivos en el embarazo); realizar el diligenciamiento de hojas de tamizaje y monitoreo de los indicadores de morbilidad materna extrema, realizar notificación inmediata de la muerte de la materna, etc. | la reducción de la mortalidad y morbilidad materna extrema, los cuales, si bien son importantes, no son suficientes para mejorar integralmente la atención materna, pues se deja de lado otros aspectos fundamentales como la humanización de los servicios, lo que conlleva a que la violencia obstétrica siga siendo normalizada al interior de las entidades de salud y por ende en la sociedad en general. |
| <i>Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito 2020-2030 (CONPES D.C, 2021)</i> | Cap. 2. Derecho a una vida libre de violencias: Se parte del reconocimiento de que no todas las expresiones de violencia son iguales y que además las mujeres son víctimas por su condición de género. Dentro de los tipos de violencia reconocidos en la ley 1257 de 2008 se encuentra la violencia psicológica, física, sexual, patrimonial y económica; sin embargo, esta tipificación de violencia no es suficiente en relación con las múltiples manifestaciones de violencia que enfrentan las mujeres, por tal motivo se reconocen otras formas de violencia que no están especificadas en dicha ley, tales como el acoso callejero, la violencia obstétrica, la violencia política, la violencia mediática y las violencias digitales. En este escenario juega un papel fundamental el acceso a la justicia para la exigibilidad de los derechos de las mujeres; para ello desde la Secretaría Distrital de la Mujer se cuenta con la Estrategia de Justicia de Género, la cual orienta sus objetivos en 3 niveles de atención: orientación jurídica, asesoría especializada y representación jurídica especializada. | La presente política muestra un aporte en el reconocimiento de las diferentes formas de violencia, pues a pesar de que se basa en las reconocidas por la ley 1257, añade otras violencias que socialmente han sido invisibilizadas y minimizadas, dentro de las cuales se encuentra la violencia obstétrica. Esto representa un importante avance para las mujeres del Distrito Capital, pues brinda la posibilidad de acceder a la justicia, la cual ha sido un limitante hasta el día de hoy para las mujeres que sufren/viven estas violencias pues no se reconocía un ente al cual acudir para exponer sus casos y recibir el acompañamiento jurídico correspondiente. En este sentido, la Estrategia Judicial de Género constituye un insumo fundamental para la exigibilidad y reivindicación de estos derechos que son vulnerados, aún más para visibilizar este tipo de violencias en el país y extender la cobertura de atención a todas las mujeres del país que se ven inmersas en estas situaciones violentas de atención en los servicios maternos. |

Nota. Compilación de normatividad distrital. Fuente: Elaboración propia

1.8.3. Marco Teórico-Conceptual

En el presente apartado se expondrán las teorías y conceptos que fundamentan la investigación, para lo cual se retoman aquellos referentes teóricos de un aspecto o elemento de la realidad percibida, en donde también juegan un papel importante los conceptos, pues estos son afirmaciones generales referidas a una serie de fenómenos que permiten relacionar criterios e ideas alrededor de un tema central (Sautu et al., 2005). Para fines de lo anterior, se hace necesario presentar el marco teórico-conceptual de una manera organizada, que sustente de forma coherente y crítica el desarrollo de la investigación, tal como se expone a continuación.

1.8.3.1. Violencia obstétrica: Un análisis desde las relaciones de poder.

Como bien se ha mencionado en apartados anteriores, la violencia obstétrica se presenta como una forma concreta de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, la cual consiste en una serie de acciones u omisiones que afectan la salud y la integridad reproductiva de las mismas y que son empleadas directamente por parte del personal de la salud durante la atención materno-infantil (Proyecto de Ley, 2017). Dichas acciones u omisiones son evidenciadas de diversas formas dentro de las etapas de embarazo, parto y puerperio, sin embargo, para la comprensión propia de este fenómeno en el presente trabajo se retomará la perspectiva de Vallana (2016), quien plantea que esta violencia se puede entender desde tres grandes grupos:

1. Subvaloración de los procesos por parte del sistema biomédico, en donde se constituyen unas lógicas de “perfeccionamiento” que buscan instaurar protocolos como procedimientos y como ayuda a la madre, afirmando al mismo tiempo que sin estos protocolos ella no puede parir, trayendo consigo la infantilización de la madre al no reconocer sus capacidades y el fortalecimiento de las nociones de dependencia y de fragilidad que se le da a las mismas en estos contextos (Vallana, 2016).

2. Acciones expresadas en violencia física, simbólica y verbal como consecuencia de los juicios morales del personal de salud frente a aquellas madres cuyo comportamiento no se adecue a lo que está esperado socialmente en su rol de paciente, es decir, “aquellas que se resisten, gritan, lloran o, simplemente se niegan a algún procedimiento” (Vallana, 2016, p.122).
3. Las lógicas capitalistas y su extensión en el neoliberalismo que han permeado la atención en salud y han instaurado modelos tecnocráticos e industrializados en los procesos de parir/nacer (Vallana, 2016), dentro de los cuales se ha apostado a la separación entre mente y cuerpo, donde el cuerpo es concebido como una máquina, en este caso, una máquina para parir, por lo cual se busca la optimización de tiempos y reducción de costos.

Rescatando cada uno de estos planteamientos, es posible observar que la violencia obstétrica no solo tiene unas connotaciones físicas, sino que, implícitamente en ellas hay unas connotaciones psicológicas que obedecen a la subordinación con base al género, y al mismo tiempo a unas relaciones de poder claramente marcadas entre personal de salud y la paciente, constituyéndose así, en una violencia doble, de la cual se derivan consecuencias sociales, psicológicas y de salud para las madres y los recién nacidos. Frente a estas relaciones, es necesario citar a Foucault (2001) desde sus postulados sobre las relaciones de poder, en donde el poder no es visto como una posesión sino como un ejercicio, y en este sentido, el ejercicio del poder consta de una relación entre partes, en donde se emplean unas acciones que buscan modificar a otras con el fin de incitar, inducir, seducir, facilitar o dificultar, y en última instancia constreñir o inhibir, la acción de otro.

Para mayor comprensión de las formas de poder presentes en el ámbito hospitalario, se retoma a Foucault (2007), quien hace referencia a un tipo de poder que se propone como tarea la administración de la vida, y con ello, el control sobre los procesos de reproducción,

sexualidad, hábitos de la salud y definición de los parámetros de bienestar, de esta manera, se constituye el biopoder, en donde los hospitales y centros de salud se convierten en instituciones disciplinarias desde donde es administrado. En este sentido, se ha otorgado a los médicos el control dentro del campo de la medicina, especialmente, en lo que compete a la obstetricia, lo cual ha traído como consecuencia la determinación de las condiciones en las que las mujeres deben dar a luz, derivándose no solo la apropiación del cuerpo de la mujer, sino también su anulación e invisibilización, despojándola de cualquier autonomía durante su proceso, lo anterior en palabras de Foucault (2007) puede interpretarse como anatomopolítica, la cual es una tecnología de poder que se centra en concebir el cuerpo como máquina (en este caso, máquina para parir), y por tanto busca crear cuerpos dóciles que puedan ser disciplinados por medio de la obediencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, las relaciones de poder que se dan en el ámbito de la atención obstétrica reconocen dos actores: el personal de la salud (ya sea el/la obstetra, el/la enfermera/o, etc.) y la mujer gestante, parturienta o puérpera en calidad de paciente. Las acciones empleadas por parte del personal de la salud tienen como fin inducir el comportamiento de la madre de acuerdo a sus convicciones, pues se asume que este tiene el conocimiento único y necesario para comprender y atender estos procesos; la mujer por otro lado tiene dos opciones: aceptar la acción que ejerce el personal de salud, o actuar en reacción para manifestar desacuerdo u oposición.

Ante esta situación, Foucault es enfático al plantear que dentro del ejercicio de poder se incluye un elemento importante: la libertad, para ello afirma que “el poder se ejerce solamente sobre sujetos libres que se enfrentan con un campo de posibilidades en el cual pueden desenvolverse varias formas de conducta, varias reacciones y diversos comportamientos” (Foucault, 2001, p. 254). De esta manera, se reconoce la posibilidad de respuesta que tienen los sujetos, en este caso, las madres, ante las relaciones de poder en las

que se encuentran inmersas, dotando de fuerza uno de los planteamientos principales dentro de los postulados del autor: “Donde hay poder hay resistencia” (Foucault, 2007, p. 116).

Estas posibilidades de resistencia se caracterizan por ser transversales, pues se desarrollan en varios países, con la diferencia de que en unos más que en otros (Foucault, 2001), tal como sucede con las formas de organización y resistencia en defensa de los derechos reproductivos que han surgido en diferentes países de América Latina dentro de los cuales no figura Colombia, pero sí destacan Argentina, Chile y Venezuela. De igual manera, estas luchas o formas de resistencia tienen como objeto los efectos del poder (Foucault, 2001), los cuales, desde el personal de la salud, se reflejan en el ejercicio de poder descontrolado sobre los cuerpos de las madres, su salud y su vida.

Es importante resaltar que estas luchas son inmediatas por dos razones: en primer lugar, la gente critica instancias de poder que están cerradas para ellos, las cuales ejercen su acción sobre los individuos; y, en segundo lugar, estas formas de resistencia no van detrás del enemigo principal sino el enemigo inmediato (Foucault, 2001). Dicha situación se presenta en la medida en que la madre exige autonomía, respeto y capacidad de decisión sobre su cuerpo y el proceso de parto, los cuales son ignorados por el personal de la salud, razón por la cual busca ampliar sus instancias de poder; asimismo, se habla del personal de la salud como el enemigo inmediato en la medida en la que se ve a este como quien está ejerciendo ese poder sobre la mujer, olvidando que en muchos casos él también es víctima de una relación de poder por parte del Estado (desde las políticas y el sistema de salud en general), el cual sería en este caso el enemigo principal, que impone prácticas apresuradas con el fin de generar más atención en menos tiempo y con menos inversión económica, dejando de lado procesos realmente integrales.

1.8.3.2. Prácticas éticas de resistencia y subjetivación.

Para complementar la postura anterior, y teniendo en cuenta el interés existente por la comprensión del fenómeno de la violencia obstétrica la cual se basa en relaciones de poder, se incrementa la necesidad de buscar estrategias para ejercer resistencia. Esta resistencia puede ser comprendida según Zemelman (citado por Fignoni, 2013) como “la capacidad del sujeto para instituirse en constructor y transformador de su propio contexto, a fin de crear condiciones más acordes a su desenvolvimiento socio histórico” (p. 21), en este sentido, no se habla de resistencia desde una forma violenta, sino desde una forma positiva, en donde se le permite al sujeto moldearse bajo sus propios ideales y apropiarse de sus pensamientos, conductas y acciones, teniendo como base su libertad para ser dueños de sí mismos, lo que para Foucault (1999) se denomina gubernamentalidad, entendida como “El gobierno de sí por uno mismo en su articulación con las relaciones habidas con algún otro” (p. 257). Para efectos del presente trabajo, resulta importante considerar los planteamientos de Ferrari (2017), quien, fundamentada en Foucault, afirma que la resistencia puede ser considerada como una práctica ética, y a su vez como un factor que posibilita la subjetivación, tal como se expondrá a continuación.

En principio, para esta autora la ética está basada en unos códigos morales que socialmente establecen lo que es deseable y lo que se debe hacer, sin embargo, es gracias a la reflexión de nuestra libertad que podemos decidir entre una forma de actuar u otra, en palabras de Foucault, “La ética es la forma reflexiva que adopta la libertad” (1999, p. 396). De esta manera, “como sujetos éticos bien podemos tomar el control de nuestras acciones, pensamientos y conductas y, a pesar de estar a la sombra del discurso dominante, intentar moldearnos bajo nuestros propios ideales” (Ferrari, 2017, p. 151). Es así como la resistencia puede ser considerada una práctica ética en el sentido de que busca el ejercicio de la libertad, además de la creación del propio individuo para lograr la autodeterminación; cabe aclarar que

estas prácticas éticas de resistencia pueden ser aceptadas o no por los valores morales que la sociedad señala como adecuados.

Por otro lado, la importancia de la subjetivación radica en que es considerada como una consecuencia de la resistencia, pues es un accionar creativo y emancipatorio que permite encontrarnos con nosotros mismos, comprender quienes somos y cuidar de nosotros. Para Foucault (1999), la subjetivación es un “proceso por el que se obtiene la constitución de un sujeto, más exactamente de una subjetividad, que evidentemente no es sino una de las posibilidades dadas de organización de una conciencia de sí” (p. 390), es aquí en donde juega un papel importante el cuidado de sí, el cual implica en primer lugar conocerse a sí mismo, saber que trabajo llevar a cabo sobre sí y como gobernarse, constituyéndose en sujeto de sus propias acciones; cabe resaltar que este proceso debe llevarse de forma permanente, entendiendo que la subjetividad es siempre cambiante, lo que requiere que el sujeto esté preocupándose de sí para lograr ser plenamente independiente y completamente propio (Foucault, como se citó en Ferrari, 2017). Es importante mencionar que el cuidado de sí a su vez implica relaciones complejas con los otros, esto hace referencia a que, el sujeto que cuida de sí mismo como es debido, se encuentra en condiciones de conducirse como se debe en relación con los otros y para con los otros (Foucault, 1999).

Ahora bien, se pretenden comprender los procesos de resistencia desde estos postulados, teniendo en cuenta la importancia de visibilizar a la mujer gestante, parturienta y puérpera como sujeto capaz de transformar su contexto y realidad a partir del reconocimiento de sus propios ideales, lo cual permite mejorar las condiciones sociohistóricas en las que se ha visto inmersa, teniendo como base su libertad para hacerse dueñas de sí mismas, de sus cuerpos, de sus pensamientos y de sus decisiones, lo que permite dejar de lado la concepción que se tiene de mujer sumisa, vulnerable y violentada, en donde se le asigna únicamente el rol de víctima.

1.8.3.3. Mujer como sujeto político y ejercicio de la ciudadanía.

Cabe considerar que, a partir de las prácticas éticas de resistencia expresadas en la búsqueda de libertad; y de la subjetivación entendida como un proceso de reflexión e introspección, se crean condiciones que facilitan la construcción de la mujer como sujeto político. Para mayor comprensión de lo anterior, la mujer como sujeto político puede ser entendida según Vargas et al. (2009) como:

Aquella que se constituye a partir del reconocimiento y toma de conciencia de que las condiciones de desigualdad y discriminación no son inherentes a la condición humana, que son injustas y evitables, y que es posible actuar con el propósito de impedir su continuidad. (p. 643).

De esta manera, no solo basta la toma de conciencia, sino también, se requiere de la capacidad de acción, rompiendo con los esquemas tradicionales que la sociedad ha impuesto sobre lo que implica ser mujer, lo cual trae consigo la toma de control sobre su vida personal, familiar, social y política, proceso que puede ser considerado como una forma de autogobierno y gubernamentalidad. En resumen, se puede afirmar que la reflexividad crítica, la libertad, la autonomía y la autogestión son la base fundamental en la construcción de sujetos políticos desde el cuidado de sí (Campo y Giraldo, 2015).

Cabe mencionar, que el cuidado de sí dentro de la dimensión de sujeto político es de vital importancia, pues es este el que permite a las mujeres realizar un estudio de su condición como persona y de sus procesos internos donde se involucra la sociedad, la cultura, la historia y sus pares (Campo y Giraldo, 2015), lo que a su vez conduce al cuidado del otro bajo la búsqueda del bien común. En otras palabras, estas perspectivas de ser mujer se relacionan con la noción de sujetos políticos desde el cuidado del otro, pues parten del dominio de sus espacios interiores en búsqueda de una mejoría en sus contextos inmediatos.

En definitiva, la invención de la mujer como sujeto político es fundamental en la construcción de sociedad, en la medida en la que propicia espacios más equitativos, democráticos e incluyentes, los cuales son el resultado de sus experiencias, vivencias y transformaciones en diferentes ámbitos a lo largo de sus vidas, promoviendo así nuevos valores de ciudadanía, de ser mujer y de sociedad.

Ahora bien, es importante resaltar el papel que tiene la mujer como ciudadana en la defensa de sus derechos, en este caso en particular, existe un interés en el reconocimiento de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas como sujetos activos que ejercen su ciudadanía reproductiva, entendiendo esta última según Castro y Erviti (2014) como “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (p. 39).

Por consiguiente, es indispensable en este contexto reconocer la salud reproductiva no como un servicio o privilegio para unas pocas, sino como un derecho, por tanto, las mujeres tienen la facultad de exigir y de encontrar mecanismos de resistencia contra este tipo de violencias ante la ausencia de un marco legal que las proteja, permitiendo desde su invención como sujetos políticos propender por la garantía de sus derechos a la autonomía, a la integridad, a decidir sobre sus cuerpos y a parir con dignidad.

Capítulo 2. Diseño Metodológico

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolla bajo un nivel exploratorio, el cual, según Hernández, et. al. (2014) “sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos o variables” (p. 91).

Según lo anterior, el estudio exploratorio permite examinar un tema o problema de investigación poco abordado, o bien, indagar un área desde nuevas perspectivas. De esta manera, dicho estudio es pertinente para la investigación, pues esta pretende brindar una nueva perspectiva sobre la violencia obstétrica y el papel que asume la mujer dentro la misma, en la medida en la que se pretende comprender los procesos de resistencia que han ejercido y propuesto las mujeres gestantes, parturientas y puérperas como respuesta ante la violación de sus derechos reproductivos en la atención obstétrica.

2.2. Enfoque

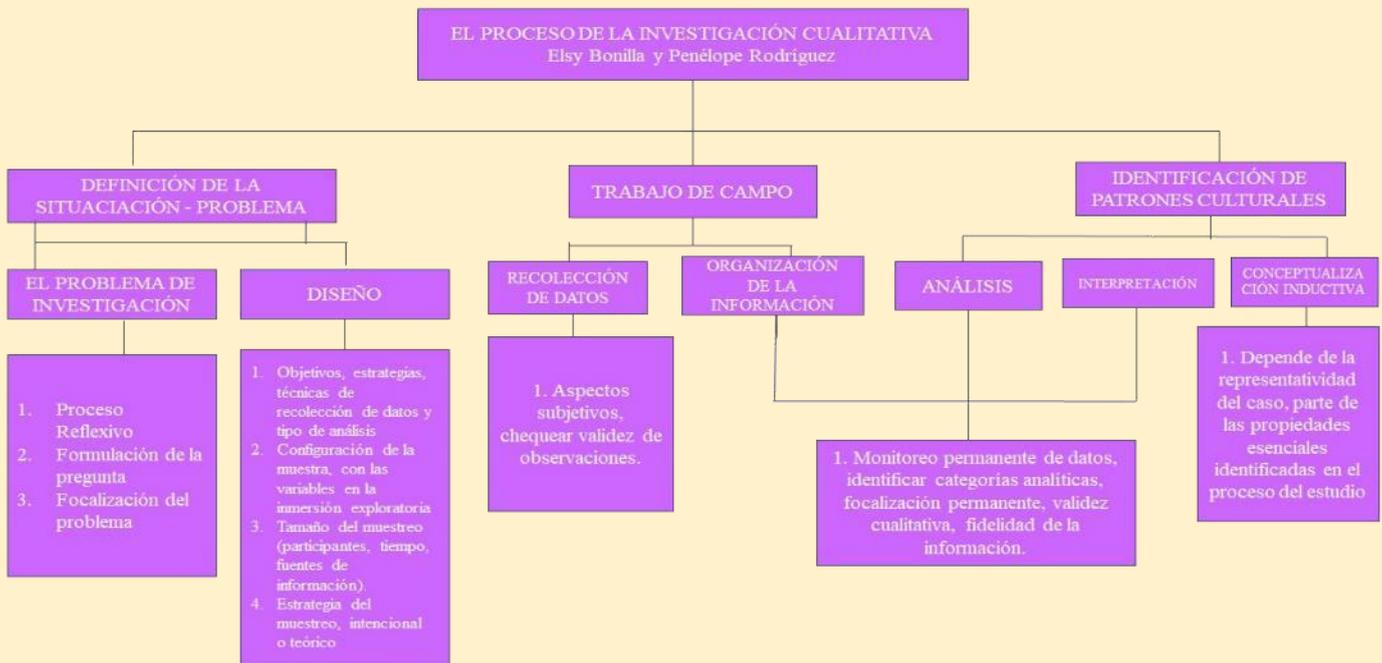
El estudio es abordado desde un enfoque cualitativo, entendiendo que, según Bonilla y Rodríguez (2005), por medio de este “se explora el contexto estudiado para lograr las descripciones más detalladas y completas posibles de la situación, con el fin de explicar la realidad subjetiva que subyace a la acción de los miembros de la sociedad” (p. 71). De esta manera, el enfoque cualitativo permite hacer especial énfasis en los sujetos como seres históricos, sociales y culturales que construyen su realidad, la cual puede ser comprendida a partir del reconocimiento de la dimensión subjetiva, es decir, la manera en la que particularmente cada individuo la vive, concibe e interactúa en ella.

Para ello se reconocen una serie de características que giran en torno a algunos aspectos fundamentales como el papel y compromiso de las investigadoras (Bonilla y Rodríguez, 2005), el cual está orientado a desarrollar una comunicación directa y permanente con las madres participantes en la investigación, respondiendo al interés de captar la forma en la que cada una de ellas construye y comprende su realidad, y profundizando en el conocimiento, el significado y las interpretaciones que comparten sobre esta para dar sentido al comportamiento social. Esto permite dar cuenta de las formas en las que las mujeres gestantes, parturientas y puérperas han emprendido procesos de resistencia a raíz de sus experiencias de parto y la vulneración de sus derechos en la atención del mismo, dotando de importancia los posibles significados que han sido atribuidos a las experiencias vividas y a los espacios de transformación que han surgido a partir de los mismos.

Para fines de lo anterior, se retoman los tres periodos de la investigación cualitativa planteados por Bonilla y Rodríguez (2005), quienes establecen: a) la definición de la situación a investigar, b) el trabajo de campo y c) la identificación de los patrones culturales, llevados a cabo por medio de 7 etapas, tal como se muestra a continuación.

Figura 8

El proceso de la investigación cualitativa



Nota. La imagen muestra las etapas empleadas durante el proceso de investigación (ver anexo A). Fuente: Elaboración propia con base en Bonilla y Rodríguez (2005).

2.3. Paradigma

Considerando los diferentes paradigmas presentes en las ciencias sociales, para el abordaje del presente proyecto de investigación se retomará el paradigma interpretativo-comprensivo, por medio del cual se logra la comprensión de la realidad mediante el reconocimiento del otro y de su subjetividad, entendiendo que dicha realidad es construida a partir de los significados y percepciones que hacen los sujetos sobre esta, en este sentido, los sujetos comprenden e interactúan en la construcción de realidades comunicando los significados de sus pensamientos (Ortiz y Falla, 2013).

Por este motivo, este paradigma permite interpretar la forma en la que los sujetos logran salirse de los esquemas comunes establecidos socialmente, configurándose desde sí y para sí. Es así como en esta visión, basada en la sociología comprensiva, se centra un especial interés

“en los sentimientos, las emociones, los valores, las vivencias y los pensamientos de los sujetos sociales” (Ortiz y Falla, 2013, p. 47).

De esta manera, se abordarán los procesos de resistencia que han ejercido y propuesto las mujeres gestantes, parturientas y puérperas desde el paradigma interpretativo comprensivo como una forma de comprender e interpretar las experiencias que han permitido que ellas creen formas distintas de vivir y desenvolverse en sociedad a partir de la configuración de nuevas subjetividades. Lo anterior facilita que como investigadoras logremos captar la realidad social, desde la significatividad manifestada y proporcionada por las mismas madres a partir de sus vivencias y experiencias antes, durante y después del parto, resaltando la manera en la que ellas conocen su realidad y a su vez generan alternativas con el fin de cambiarla o modificarla.

Recogiendo lo mencionado anteriormente, en este proceso investigativo se prestará especial relevancia a las experiencias y a los significados que otorga cada mujer a su proceso de parto, es por esto que se retoma el enfoque del interaccionismo simbólico, el cual se basa en una perspectiva psicosocial en donde se comprende la conducta como el resultado de las múltiples interacciones sociales y del intercambio de significados en la vida cotidiana. De esta manera, tal como lo plantea Casas (2018) “El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad” (p. 35). En dicha teoría la comunicación cumple un papel fundamental, pues es por medio del lenguaje que surge el individuo y la sociedad, es así cómo se construye lo que los demás esperan de las personas y lo que las personas esperan de los demás.

Uno de los principales exponentes de este enfoque es Herbert Blumer (1982), quien propone que el interaccionismo simbólico tiene 3 premisas fundamentales:

1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él, siendo esto todo aquello que una persona puede percibir en su mundo, como

objetos físicos, personas, instituciones y/o situaciones que todo tipo de individuo afronta en su vida cotidiana.

2. El significado de esas cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con otros actores en su entorno.
3. Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse a las cosas que va hallando a su paso en la experiencia social.

En la teoría del interaccionismo simbólico el ser humano es visto como agente, en donde se considera capaz no sólo de interactuar con los demás sino también de hacer indicaciones a los otros e interpretar las que estos formulan (Blumer, 1982), en este sentido los individuos se piensan como constructores activos de significados organizados en los procesos de interacción, dejando de lado la visión de receptor pasivo desvinculado de aquellos significados colectivos; en relación con lo anterior, para Sabucedo, D'Adamo y García-Beaudoux (como se citó en Pons, 2010), la sociedad “es un tejido de interacción simbólica que crea a la persona, y la persona, a través de la interacción, crea la sociedad” (p. 24).

En conclusión, desde este enfoque se busca reconocer a las madres como constructoras activas de significados, teniendo en cuenta todos aquellos que han sido construidos en su interacción con la sociedad sobre lo que implica ser mujer, parir y maternar, así como también los que se construyen a raíz de su interacción desde la relación médico paciente durante la atención de sus partos.

2.4. Población

Se realizará una convocatoria por las redes sociales de la fundación, de tal manera que se dé una participación voluntaria de acuerdo a los criterios establecidos, dando lugar así a un muestreo intencional, en el cual según Bonilla y Rodríguez (2005) “el investigador determina configurar una muestra inicial de informantes que posean un conocimiento general amplio

sobre el t3pico a indagar, o informantes que hayan vivido la experiencia sobre la cual se quiere ahondar” (p. 138), para lo cual se emplear3 la estrategia de muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta que se conformar3 por los casos que se encuentren disponibles y a los cuales se tenga acceso por medio de la participaci3n voluntaria. Para la investigaci3n se prev3 la participaci3n de 20 mujeres que cumplan con los siguientes criterios:

Tabla 4

Criterios de selecci3n

| Unidad de an3lisis | Criterios de selecci3n |
|---|--|
| Madres v3ctimas de violencia obst3trica | Madres que se reconozcan como v3ctimas de violencia obst3trica |
| | Madres que hayan parido en la ciudad de Bogot3 |
| | Madres que hayan parido en instituciones de salud |

Nota. Criterios de selecci3n de madres participantes. Fuente: Elaboraci3n propia

2.5. T3cnicas de recolecci3n de informaci3n

- **Historia de vida:** Seg3n Campoy et al. (2015), esta t3cnica permite al investigador acceder a conocer c3mo las personas crean y reflejan el mundo social en el que viven, se centra en un sujeto individual, una comunidad, un colectivo y tiene como elemento principal el an3lisis de la narraci3n que esta persona o grupo realiza sobre sus experiencias vitales. En otras palabras, se trata del relato de vida de una persona en el contexto donde sus experiencias tienen lugar, registrado e interpretado por un investigador.

De esta manera, para la investigaci3n se retoman las historias de vida focales o tem3ticas, las cuales se centran en s3lo un aspecto de la vida de la persona, es decir, aborda un solo tema en el curso de la experiencia del entrevistado.

- **Entrevista en profundidad semiestructurada:** La entrevista en la investigación cualitativa puede entenderse como “una interacción dialógica, personal y directa entre el investigador y el sujeto de estudio” (Katayama, 2014, p. 80), por medio de ella se espera que el sujeto manifieste detalladamente sus creencias, sentimientos y motivaciones sobre un determinado tema.

Para fines de la presente investigación se emplearán entrevistas semiestructuradas, las cuales posibilitan a las investigadoras establecer los temas a tratar y formular una serie de preguntas para guiar el espacio, sin embargo, también permite generar y dirigir libremente otras preguntas para esclarecer vacíos en la información según se considere pertinente (Bonilla y Rodríguez, 2005).

- **Técnicas proyectivas:** Según Ibáñez (como se citó en Sánchez et al. 2020), las técnicas proyectivas se usan principalmente para incentivar a los participantes a proyectar motivaciones, creencias, actitudes o sentimientos suscitados frente a los temas a tratar. Dentro de dichas técnicas se contempló especialmente las de expresión, en donde, de acuerdo a una situación verbal o visual, se le pide al participante que relacione actitudes y sentimientos de otras personas con la situación a tratar.
- **Cartografía corporal:** Las cartografías corporales según Tobón (2020) son autobiografías en obra que permiten generar diálogos y conocimientos desde experiencias subjetivas y colectivas en paisajes sensibles, dinámicos y móviles desde donde construimos nuestras propias visiones de mundo y nuestro actuar en el mismo; conocidas también como mapas corporales, constituyen una metodología que permite vislumbrar los significados y discursos encarnados en las narraciones que cada persona hace de su recorrido vital.

Capítulo 3. Trabajo de Campo

3.1. Preparación del trabajo de campo

Esta etapa del proceso consta de la planeación metódica de cada una de las salidas al campo, para lo cual se requiere de la programación clara y la preparación del equipo investigador (Bonilla y Rodríguez, 2005). Para dar apertura al trabajo de campo, se realizó una reunión vía meet con las cofundadoras de MamaInformada en la cual se acordó la divulgación de una pieza comunicativa por medio de sus redes sociales que permitiera la inscripción voluntaria de las madres al proceso de investigación, acompañado por un formulario de google. La convocatoria tuvo una duración de una semana y media, dando como resultado la inscripción de 29 madres, de las cuales 6 no cumplían con los requisitos para ser parte de la investigación.

Figura 9

Pieza comunicativa



Nota. Convocatoria a madres que vivieron violencia obstétrica. Fuente: Fundación MamaInformada, (2021, 12 de julio)

De esta manera, se inicia el proceso con 23 madres, creando un grupo de whatsapp que facilitó la comunicación con cada una de ellas. Por medio de este se les brindó información sobre el proyecto y la importancia de la participación de cada una, asimismo, se hizo envío de un cronograma con la programación de las actividades sincrónicas propuestas para la recolección de información. Sin embargo, se presentaron dificultades para la realización de los respectivos encuentros, teniendo en cuenta la diversidad de horarios con cada una, razón por la cual, en acuerdo con las

madres, se tomó la decisión de realizar el envío de las actividades por el grupo para su realización de forma autónoma. Es importante mencionar que durante el proceso algunas madres se desvincularon del grupo, razón por la cual se culminó la etapa de recolección de información con 9 madres participantes.

De acuerdo a los criterios de la configuración de la muestra, a continuación, se presenta la caracterización de las 9 madres participantes.

Tabla 5

Caracterización de madres participantes

| Participante | Edad | Ocupación | Estado civil | Número de hijos |
|---------------------|-------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| Lorena | 29 | Empleada | Unión libre | 2 |
| Diana | 40 | Enfermera | Unión libre | 1 |
| Marcela | 37 | Docente | Casada | 1 |
| Luz | 48 | Ama de casa | Soltera | 2 |
| Lady | 22 | Trabajadora Social | Soltera | 1 |
| Diony | 47 | Operaria de Máquina | Soltera | 1 |
| Fernanda | 34 | Comunicadora social | Soltera | 1 |
| Juliana | 29 | Psicóloga educativa | Unión libre | 1 |
| Rosa | 52 | Ama de casa | Unión libre | 3 |

Nota. Datos generales de las 9 madres participantes. Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la tabla anterior es posible evidenciar un rango amplio de edad de las madres participantes, lo cual permite contar con una visión integral del fenómeno en cuestión.

3.2. Recolección de información

Según Bonilla y Rodríguez (2005), esta etapa es de fundamental importancia para la investigación, pues es en ella en donde “las personas involucradas en la situación estudiada, se convierten en los verdaderos protagonistas del proceso investigativo” (p. 147), es por ello que se elaboraron seis instrumentos con el fin de escuchar las voces de cada una de las madres participantes, empleando diversas técnicas de recolección de información (ver anexo C y D), las cuales fueron reajustadas a un total de cuatro para facilitar el desarrollo y la participación de las madres en el proceso. El envío de las actividades se realizó cada semana de la siguiente manera en compañía del consentimiento informado (ver anexo B):

- Actividad 1: Cartografía corporal, a partir de la cual es posible reconstruir y reconocer la experiencia propia de parto, empleando un espacio de reflexión basado en la escucha, el silencio, la escritura y el dibujo (ver anexo E).
- Actividad 2: Anecdotario, permite narrar y describir la experiencia de parto creando una historia a partir de las preguntas orientadoras, reviviendo los sentimientos, pensamientos y emociones de ese momento (ver anexo F).
- Actividad 3: Estudio de caso, a partir de la cual se busca el análisis de la situación expuesta, reflexionando sobre los aspectos que influyeron en la experiencia propia de parto (ver anexo G).
- Actividad 4: Entrevista semiestructurada, la cual permitió la manifestación de creencias, significados y opiniones como resultado del análisis de la experiencia de violencia experimentada en el parto (ver anexo H).

3.3. Organización de la información

La organización de información, como un proceso que se realiza a medida que avanza la recolección de información, permite al investigador evaluar vacíos y generar estrategias para complementar y garantizar la validez de la misma, para finalmente dar apertura a la

transcripción de toda la información obtenida. Dicha transcripción constituye la unidad de análisis de las investigadoras, la cual da como resultado la fase de codificación y categorización inductiva. (Bonilla y Rodríguez, 2005).

3.3.1. Categorización

Siguiendo los planteamientos de Kelle (tal como se citó en Bonilla y Rodríguez, 2005) la categorización “es un proceso cognitivo complejo en el que el investigador está permanentemente tomando decisiones que van a determinar el reordenamiento de los datos, y, por ende, su utilidad para el análisis final” (p.252). De esta manera, se realiza la categorización deductiva e inductiva, teniendo como base a Bonilla y Rodríguez (2005), quienes afirman que las primeras se derivan de las variables contenidas en las hipótesis y están basadas en la teoría, y las segundas emergen de la información recolectada a partir de la repetición de datos; tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 6

Categorización deductiva e inductiva

| Categoría deductiva | Subcategoría deductiva | Categoría inductiva | Subcategoría inductiva | Códigos |
|----------------------|--|--|---|---------|
| Violencia obstétrica | Experiencias de violencia durante el parto | Múltiples tipos de violencia | Violencia física | VO-MTV |
| | | | Violencia simbólica | |
| | | | Violencia verbal | |
| | | | Violencia psicológica | |
| | | | Violencia estructural | |
| | | | Violencia institucional | |
| Resistencia | Iniciativas de resistencia | Prácticas de libertad antes, durante y después del parto | Iniciativas en defensa de derechos reproductivos | RES-PL |
| | | | Toma de conciencia frente a la actitud en la experiencia de parto | |

| Categoría deductiva | Subcategoría deductiva | Categoría inductiva | Subcategoría inductiva | Códigos |
|---------------------|--|--|--|---------|
| Resistencia | Iniciativas de resistencia | Prácticas de libertad antes, durante y después del parto | Reconocimiento de derechos | RES-PL |
| | | | Identificación de alternativas en defensa de derechos | |
| | Nuevas formas de subjetivación | Transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre | Reflexión a partir de la experiencia vivida | RES-TF |
| | | | Conocimiento de sí misma | |
| | | | Resiliencia | |
| | Iniciativas individuales en pro del cuidado del otro | Estrategias de sensibilización en pro del cuidado del otro | Planteamiento de propuestas y recomendaciones a futuras madres | RES-CO |

Nota. Descripción de hallazgos sobre las cuatro categorías inductivas. Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 4. Identificación de los patrones culturales

Esta etapa para Bonilla y Rodríguez (2005), se compone del análisis, interpretación y contextualización inductiva a partir de los hallazgos de la investigación, los cuales se desarrollarán en los siguientes apartados.

4.1. Análisis descriptivo e interpretación de los datos cualitativos

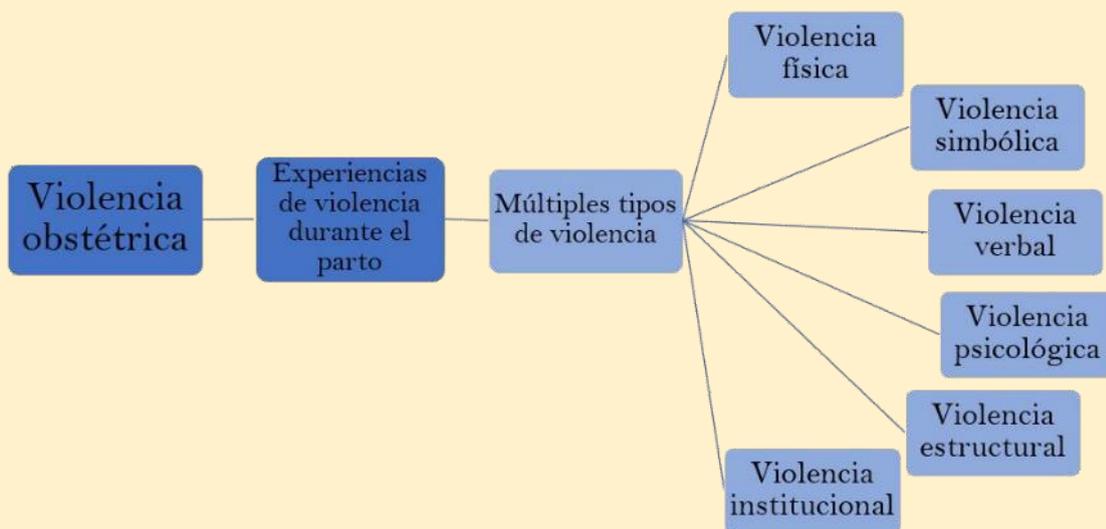
En concordancia con Bonilla y Rodríguez (2005) se propone la fase de interpretación de los datos cualitativos desde donde los datos “deben ser representados conceptualmente a través de una red de relaciones entre sus partes constituyentes para explicar el porqué de los resultados obtenidos” (p. 151), para esto plantean seis aspectos a tener en cuenta, los cuales son: descripción de los hallazgos aislados, identificación de relaciones entre variables,

formulación de relaciones tentativas entre los fenómenos, revisión de los datos en búsqueda de evidencias que corroboren o invaliden los supuestos que guían el trabajo, formulación de explicaciones sobre el fenómeno, y finalmente la identificación de esquemas teóricos más amplios que contextualice el patrón cultural identificado (Bonilla y Rodríguez, 2005), cada uno de estos demostrados a continuación.

4.1.1. *Violencia Obstétrica: Una manifestación de múltiples formas de violencia*

Figura 10

Taxonomía categoría inductiva: Múltiples tipos de violencia



Nota. Tipos de violencia identificados en las experiencias. Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres a lo largo de los años se han visto expuestas a situaciones que vulneran sus derechos antes, durante y después de la atención de sus partos; experimentando situaciones de humillación, discriminación, malos tratos, culpabilidad, miedo e impotencia, que dan origen a diversas manifestaciones de violencia, las cuales son independientes, pero se articulan entre sí y a su vez refuerzan otro tipo de violencias presentes en la sociedad.

A partir de los relatos de cada una de las madres que decidieron alzar su voz y contar su experiencia, es posible identificar un entramado de violencias que componen la violencia obstétrica, las cuales se manifiestan de forma física, simbólica, verbal, psicológica, estructural

e institucional, siendo el resultado de una deuda latente que tiene la sociedad con las mujeres en diversos ámbitos, especialmente en los que giran en torno a su sexualidad y reproducción.

4.1.1.1. Asistente a mi parto, NO dueña de mi cuerpo: Violencia física.

“Mi mamá quedó aterrada, ella solo abría los ojos con miedo de lo que vio, me enteré que me había sacado la niña con espátulas y fórceps y que me habían hecho episiotomía porque mi mamá vio, no me dijeron nada y no lo sentí, además una enfermera me puso el brazo en la panza para ayudar a salir a mi hija, fue feo porque no me dijeron nada solo la sentí encima presionando el estómago” (Diana, agosto de 2021).

Una de las manifestaciones más visibles de la violencia obstétrica es la violencia física, la cual produce daño y sufrimiento a la mujer en la atención de su parto por medio de la realización de diferentes prácticas inapropiadas e innecesarias, las cuales, cómo lo afirman Moreno y Guzmán (2017), pueden constar del “uso de la fuerza, inmovilización, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados por el estado de salud o cuando no se respetan los tiempos y las posibilidades del parto biológico” (p. 78). Cada una de estas prácticas son el resultado de la concepción médica del parto como un procedimiento que debe ser intervenido y no como un proceso biológico, social, y cultural que es único y diferente en cada madre (Rodríguez y Aguilera, 2017). En este sentido, parir es visto desde una perspectiva patologizadora, en donde las madres no tienen la autonomía ni el derecho de vivir su proceso siendo dueñas de sí mismas, sino por el contrario, deben vivir su parto bajo las reglas del personal de salud que las atiende.

A partir de la experiencia de cada una de las mujeres participantes, fue posible evidenciar cuatro aspectos fundamentales que componen la violencia física. En primer lugar, el irrespeto a los tiempos y posibilidades de parto, en donde no se tienen en cuenta los tiempos fisiológicos de la madre, razón por la cual el personal de salud decide inducir el parto

administrando pitocin (hormona oxitocina para iniciar contracciones), o realizando la ruptura artificial de membranas (amniotomía); adicionalmente, se acude a la instrumentalización con el uso de fórceps y espátulas para forzar la expulsión del bebé, y se realizan cesáreas sin los argumentos suficientes aun existiendo posibilidades de parto vaginal.

“A las 6 pm no avanzaba la dilatación como la ginecóloga quería y me pusieron picotín a lo loco. La frase de la enfermera fue: “con la doctora nace hoy o hoy” (Diana, agosto de 2021).

“No me respetaron el tiempo de pujo, y me incrustaron fórceps para ampliar el espacio, siempre culpándome por no pujar “bien” ...” (Luz, agosto de 2021).

Asimismo, se puede identificar el uso de otras prácticas que son injustificadas, invasivas y no informadas a las madres durante el proceso, tales como administrar epidural sin el debido consentimiento, practicar la episiotomía (incisión entre la vagina y el ano con el fin de agilizar el expulsivo), realizar tactos bruscos y sin aviso previo, hacer uso de la maniobra Kristeller (consiste en presionar el vientre de la madre con el supuesto de ayudar a la salida del bebé por el canal vaginal), e incluso suturar más de la cuenta y sin anestesia.

“No me informaron la maniobra cuando se te ponen dos enfermeras encima de la panza y te la espichan para bajar al bebé a las malas, esa no me la informaron sabiendo que es una maniobra muy peligrosa tanto para el bebé como la mamá” (Juliana, agosto de 2021).

Algunas de las anteriores prácticas siguen siendo realizadas sin contar con la evidencia científica suficiente sobre los beneficios de su uso, lo cual refleja que son empleadas por el personal de la salud no por necesidad de la madre, sino por facilidad de sí mismos en la atención del proceso, ignorando las posibles afectaciones y riesgos para la salud que esto puede generar tanto a la madre como al bebé, lo cual puede ser considerado mala praxis médica, entendiendo ésta según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2016) como:

Toda infracción de parte del médico del deber propio de su profesión y más concretamente del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar (p. 4).

“A mí me internaron a las 7 am del 19 de diciembre y eran las 11 del 20 y la ginecóloga se le olvidó autorizarme dieta para comer, yo dure más de 24 horas sin comer, entonces tampoco me dejaban llamar. (...) Cuando entró mi familiar y preguntó en la central de enfermería, la enfermera le dijo ‘ay señora no se ponga de mal genio, pero es que a la ginecóloga se le olvidó autorizarle la dieta, y si no le autorizan la dieta a ella no le van a dar el desayuno” (Lorena, agosto de 2021).

Es preciso mencionar que dentro de la experiencia de parto de cada una de las mujeres fueron manifestadas otras situaciones de mala praxis, especialmente por negligencia médica, la cual desde CONAMED (2016) se refiere al “descuido de precauciones y atenciones calificadas como necesarias; cuando a pesar de tener el conocimiento no se aplica y se provoca daño” (p. 4), lo cual permite incluir dentro de esta categoría los malos diagnósticos, demoras en la atención del parto, descuido en la atención de complicaciones a pesar de ser manifestadas, y descuido en el bienestar de la madre al permanecer solas sin ningún tipo de atención a sus necesidades básicas.

“No hubo personal monitoreando, las salas de parto estaban llenas, mi embarazo era de alto riesgo y mi hija nació en una camilla atendida por una enfermera que iba pasando y se dio cuenta que ya había iniciado labor de parto”. (Lady, agosto de 2021)

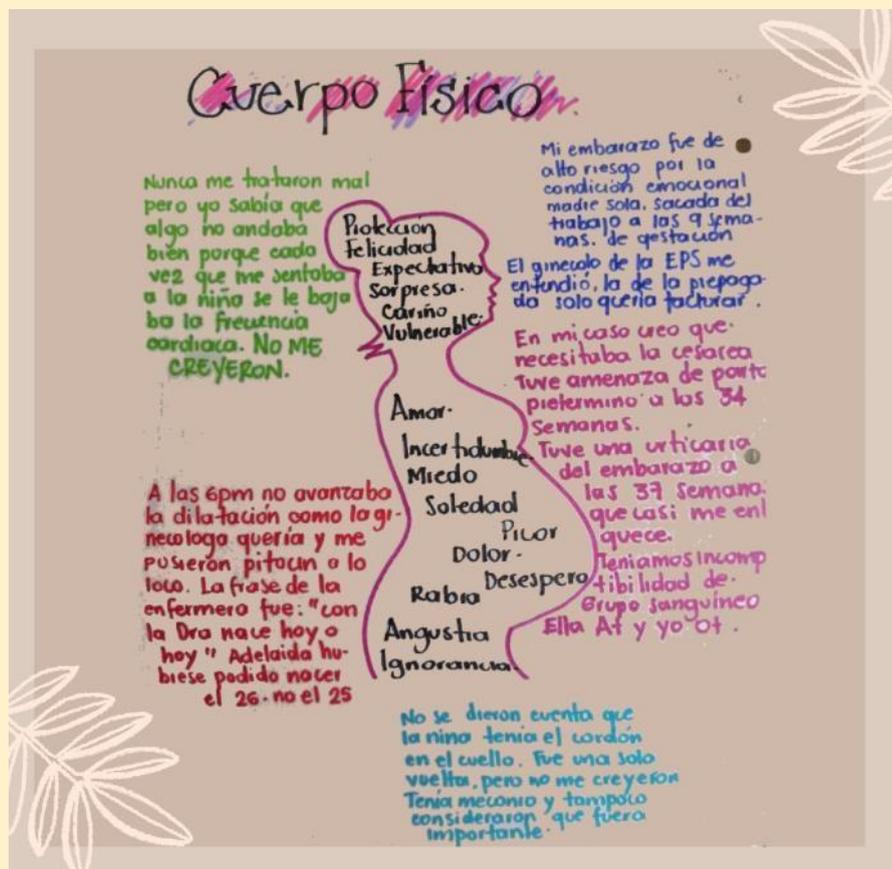
“Cuando ya nació mi bebe el doctor hizo el proceso de saturación sin eliminar por completo los coágulos y me volvió a descoser sin anestesia”. (Rosa, agosto de 2021)

Ante este panorama es importante resaltar que todo lo anterior es experimentado en un momento de vulnerabilidad, en donde existe un aprovechamiento del estado de indefensión de

las madres, valiéndose del dolor y miedo que sienten en dicho momento. Asimismo, cada una de estas prácticas, realizadas de manera rutinaria, responden a una lógica de mercantilización de la vida con la que son asumidos los partos, en donde el actuar del personal de salud está orientado a lo que resulta más rentable/ventajoso, sin tener presente la dignidad y las verdaderas necesidades de las dos personas que están siendo atendidas en el momento del parto.

Figura 11

Cartografías corporales realizadas por las madres



Nota. Cartografías realizadas para la identificación de las violencias experimentadas durante la atención del parto (ver anexo E). Fuente: Diana (agosto, 2021).

4.1.1.2. Es lo que tengo que asumir porque es lo que toca cuando quieres ser mamá:

Violencia simbólica.

“Asumimos un rol de sumisión de si me maltratas no importa, es lo que tengo que asumir porque es lo que toca cuando quieres ser mamá, finalmente piensas es porque me lo merecía” (Diana, agosto de 2021).

La violencia simbólica para Bourdieu (como se citó en Vallana, 2016) “es la que se ejerce como resultado de la dominación. Resulta del consentimiento por interiorización y/o naturalización de las relaciones jerárquicas y la normalización de este tipo de relación” (p. 42). Es de esta manera, como las mujeres han normalizado situaciones en las cuales se han visto vulneradas de alguna manera durante la atención obstétrica, llegando así a justificar y dar absoluta validez a esas prácticas y malos tratos que han ejercido sobre sus cuerpos o sentires, asumiendo totalmente la culpa, porque *“fui yo la que no lo supo hacer”*, dando al personal de salud toda la razón, pues *“si lo hizo seguro era por mi bien y el de él bebé”*.

“Hay muchas mujeres que les pasa y es como ‘ay pues es lo normal’, incluso la misma mujer piensa que el acto de parir tiene que pasar por encima de ella misma y es normal porque pues es el médico el que lo está diciendo” (Marcela, agosto 2021).

Los tipos de violencia ejercidos en el momento del parto o la gestación a lo largo del tiempo han sido validados y normalizados en la medida que la mujer ha justificado, es así como para Sadler, M (como se cita en Vallana 2016) “las mujeres invisibilizan situaciones e interacciones donde han sido maltratadas en alguna forma, e incluso llegan a justificar esas prácticas por su propia actitud; al introyectar la culpa, justifican los castigos que pueden recibir” (p. 94). Lo que ha dotado de razón al personal de salud, llegando a generalizar una cultura de aceptación, de supremacía, del que todo lo sabe y todo lo puede, del que tiene autonomía sobre los cuerpos, del que no se equivoca, pero, sobre todo se le exalta con

superioridad, no solo con los pacientes sino también para con el resto del equipo médico, como enfermeras y auxiliares, invalidando los sentires y saberes de quien los rodean.

“El doctor mira a la enfermera y le dice “lárguese de acá” entonces yo volteo a mirar y yo lo miro a él “es que usted no tiene por qué estar ahí, váyase, váyase, déjela sola” y entonces yo quedo como “¿perdón?”, entonces ella le dijo “no doctor, no, venga yo le ayudo y le presiono un poquito la pancita para ayudarla a bajar que ya está en canal, pero no la puedo dejar sola, necesito sostenerle la espalda”, “no no no, se va de ahí, ella puede sola, ella tiene que hacerlo sola” (gritando), y yo lo miraba, y yo como “que ¿que qué?”, entonces ella me miró y se fue” (Fernanda, agosto 2021).

A este entramado de justificaciones y aceptaciones se le une el rol social que se le ha dado a la mujer, como aquella que da vida, la que debe saber pujar, la que debe saber que hacer, pues es lo normal, es lo que está en su instinto, es su naturaleza y está hecha para esto, lo que ha generado que las madres expresen ese sentimiento de decepción respecto a su actuar a la hora de parir, ellas mismas tienden a culpabilizarse de inconvenientes o dificultades que surjan durante la atención del parto, sintiéndose menos y repitiéndose que le han fallado a su instinto, que es lo único que debe hacer y no lo sabe hacer y que si la gritan y la invalidan es con justa razón, pues no hicieron nada o tuvieron poca participación al momento de parir, se convierte en una normalización en la medida en la que se permiten tratos abusivos que en otros contextos no se admitirían.

“La enfermera me cogió la mano y yo era un mar de lágrimas, pero mar de lágrimas, yo decía “perdónenme, perdónenme, yo lo hice mal, discúlpeme, yo si fui, yo fui a los cursos, yo fui, yo les juro, perdón por no poder hacer bien mi trabajo de mamá” (Fernanda, agosto de 2021).

A este estigma de que la mujer no sabe hacer su trabajo de parto, se le suma la manifestación de desaprobación a los sentimientos de la madre primeriza, haciéndole constantes comentarios que desfavorecen su proceso, pues solo la culpabilizan y sobre todo suele existir descuido por parte del personal pues “eres primeriza, seguro te vas a demorar ahí unos 2 días”.

“Yo rompí fuente a las 11 am y la doctora me revisó y me dijo no mamá usted es primeriza y no importa que haya roto fuente, se puede demorar hasta 2 días, eso está demorado, y pues yo dije “no, es que me duele, yo siento que ya”... “no no no, usted todavía no, usted todavía está cruda, que yo no sé qué”, pues con palabras obviamente más bruscas, pero o sea todo el tiempo era como diciendo que yo no tenía razón, que yo no sabía nada, (...) y pues, en un momentico, en menos de una hora sucedió y pues se dio, entonces no es que uno no tenga conocimiento, porque quien más puede conocer el cuerpo de uno sino es uno” (Lady, agosto 2021).

De los relatos de las madres participantes, se enmarca que esta violencia en la atención obstétrica sigue presente en la medida que la formación al personal de salud se encuentra desactualizada y totalmente fuera de contexto de lo que realmente es un parto humanizado, muchas veces suele creerse que humanizar el parto es permitir el acompañante en el expulsivo, sin implementar medidas más integrales tanto para la madre como para la familia. Por otro lado, se logra identificar que la atención en Colombia en comparación con otros países latinoamericanos es anticuada a lo que respecta en ambientación, acompañamiento y trato del personal de salud, atendiendo a que el personal colombiano está formado directamente para ser parte del sistema que mercantiliza la vida, no hay innovación respecto a posturas que favorezcan el proceso y se siguen llevando a cabo prácticas antiguas que ya se encuentran refutadas, como es el no dar de comer a la madre durante el proceso de parto, pero sobre todo hace falta reconocer a la mujer como principal protagonista de su proceso.

“Yo estaba pujando, madre primeriza, lo estaba haciendo como sabía, con el dolor que esto conlleva, con el estrés con la ansiedad, con la emoción, bueno todo lo que conlleva esto del parto, la médica solo decía como ehh, nos va a tocar instrumentar y ayudar porque la mamá no sabe pujar, mamita no está pujando bien y así tu bebé no va a salir, obviamente me asuste un montón y pensé juepucha no soy capaz de parir, ni pujar, no tengo este instinto, no tengo la naturaleza, pero realmente en ese momento me doy cuenta que esto no es así, es que las condiciones no son favorables, que no te ponen en una posición corporal que realmente te ayuda, para que el bebé baje, y no es fácil que cuando estás haciendo el deber de pujar lo único que hacen es culparte y decirte que lo estás haciendo mal, pues te detienen tu proceso, no favorecen a que lo hagas bien” (Juliana, agosto de 2021).

Es fruto de lo aceptado y normalizado que se sigue dando vigencia a este tipo de violencia, es así como desde el punto de vista de Berrio, M (2020):

Se ubica al cuerpo en el centro de los intereses de poder del Estado y lo moldea a través de dispositivos que mantienen el orden social; nos lleva a entender que eventos como la gestación, el parto y el puerperio, aún como procesos orgánicos, están atravesados por un sinnúmero de símbolos, representaciones y discursos que determinan las formas en que los ciudadanos están en el mundo, incluso antes de su nacimiento (p. 47).

4.1.1.3. ¿Por qué callar? Si nadie sabe lo que siento: Violencia verbal.

“Me gritaron que era un meconio grado 1 y que no iba a haber ninguna cesaria, que me callara. Hubo muchas cosas de las que no me di cuenta, me enteré fue porque me contó mi mamá, y solo me gritaban que no fuera tan gallina y floja” (Diana, agosto de 2021).

La violencia verbal, es aquella que no deja marcas visibles, pero que afecta la parte emocional de la madre, su autoestima, pero sobre todo su autonomía, es una de las más ejercidas durante la atención de la mujer en la gestación, parto y puerperio, irónicamente desplegada por quienes deberían ser un punto de apoyo en un momento de vulnerabilidad como el que se experimenta durante el parto, el personal de salud, de quienes en la mayoría de las madres sólo quedó una imagen agresiva, pretenciosa e irrespetuosa, lo que genera que la madre no comprenda el proceso que está viviendo y que en el futuro se limite a concebir sólo por temor a regresar a situaciones de maltrato como esas.

“Son personas autoritarias, gritonas, muy deshumanizadas te hacen sentir culpable todo el tiempo, aparte no se podía preguntar pues todo lo respondían de mala manera, en mi caso criticada en el momento del parto pues el dolor era muy fuerte y el doctor me regañaba GRITÁNDOME que no gritara” (Luz, agosto de 2021).

En muchos de los casos la vulneración no se queda meramente en el impedimento de emociones y sentimientos, sino que se generan espacios de burlas y amenazas, como si las manifestaciones de dolor estuvieran absolutamente vetadas para aquellas que no lo soportan, para las que quieren llorar ya sea de emoción o malestar o para las que simplemente desean saber qué están haciendo con su cuerpo y sus hijos.

Todas esas acciones de irrespeto y malos tratos han generado que las mujeres suelen cohibirse a expresarse cuando se encuentran en trabajo de parto, impulsadas en su gran mayoría a “programarse para ser fuertes” basándose en la experiencia de mujeres cercanas, quienes ya han vivido estas situaciones y que con el fin de evitarles malos tratos o en el peor de los casos no ser atendidas o tener una atención negligente, las aconsejan para que soporten su dolor y angustia desde el silencio.

“Digamos desde las experiencias y todo lo que también le dicen a uno desde la casa porque pues en mi casa obviamente ya tengo 4 mujeres cercanas entonces ya como que lo predisponen a uno, bueno usted no puede llorar, usted no puede gritar, mejor dicho, donde usted grite, donde usted diga algo las enfermeras la cogen en la mala y la dejan botada, no le van a prestar atención” (Lady, agosto de 2021).

Siendo importante resaltar que en la mayoría de los casos los comentarios van referidos directamente a la madre, expresando frases comunes como: *“cuando lo estaba haciendo si no le dolía, pa’ que no pensó antes de abrir las piernas, si sigue gritando no la voy a entender, deje que quejarse ni que fuera la primera vez, ajjj estas primerizas”* acotaciones que generan miedo, pero sobre todo juicios morales hacía la madre, invadiendo no solo su vida privada sino que justifican que ese dolor es como si hubiesen cometido un delito y ese sea el pago que se debe asumir. La normalización de estas agresiones genera una falta de diálogo entre la madre y el personal de salud, es de esta manera, como la violencia verbal según Jojoa-Tobar et al. (2019):

Surge entre otras razones por lo que Foucault llama "el poder/saber", considerando que es el ejercido por parte de los profesionales en salud, donde las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas, ya que no hablan el lenguaje de la ciencia, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica (p. 42).

A parte de convertirse en un escenario negativo que le genera una sensación de soledad, de abandono y mucha impotencia, las ubica en una situación de vulnerabilidad, pero sobre todo pasividad por miedo a no recibir atención, el grito y la amenaza se convierten allí en una forma de control, de ejercer poder sobre el comportamiento y el cuerpo de aquella que pare.

Figura 12

Cartografías corporales realizadas por las madres



Nota. Cartografías realizadas para la identificación de las violencias experimentadas durante la atención del parto (Ver anexo E). Fuente: Luz (agosto, 2021).

4.1.1.4. Me convertí en una hoja de papel que todo el mundo botaba: Violencia psicológica.

“Para mí la parte más violenta que hubo en el momento fue cuando llegué a urgencias, cuando empiezan a tomar decisiones sin mí” (Marcela, agosto de 2021).

La violencia psicológica, expresada como una de las más comunes dentro de los relatos de las madres participantes, la cual para Medina (como se cita en Britos y López 2016), está representada en el trato deshumanizado, discriminatorio y/o de humillación en el transcurso de una práctica obstétrica, incluyendo la omisión de información en la evolución del parto (p.8).

Se ha convertido en una de las rutinas preferidas del personal de salud durante la realización de prácticas y/o procedimientos, mediante la cual se invalida total y absolutamente el derecho de la madre a conocer sobre su estado y sobre lo que desea o no que le realice en su cuerpo.

“Realmente no si es porque era la madrugada o cuál fue la razón, pero siento que no me dieron la información completa sobre la epidural ni como se debía administrar el analgésico para bajar el dolor, si yo preguntaba algo en cuanto al malestar o el estado de la bebé en el monitoreo fetal, las respuestas eran muy cortas muy cortantes, era como que todo está bien, pero realmente no me explicaban cómo se estaba dando el proceso” (Juliana, agosto de 2021).

En este tipo de violencia no solo se desautoriza a la mujer en la medida que no se informan los procedimientos, sino que al momento de expresar dudas, inquietudes o sentires la anulan tachándola de quejumbrosa o de no saber nada, una postura que para Afonso y Nabalbo (2012):

Está basada en la ley del más fuerte o el que más sabe, la cual lleva a no respetar a las personas como fines de sí mismas; incurre en formas de tiranía, destruye la seguridad, el derecho, entorpece la convivencia y lleva inexorablemente a la limitación del desarrollo de las personas y de su libertad. Se crean entonces relaciones de desconfianza y pasividad, como una respuesta a las escasas posibilidades que se presentan y a la represión de la libre voluntad de decidir (p. 257).

Es bajo esta relación del que más sabe, que se tienden a imponer las decisiones del personal de salud sin una consulta previa, siendo en la mayoría de los casos la mujer la última en enterarse que está pasando o qué procedimientos se están llevando a cabo.

"En el momento en el que yo sentía que la niña iba a nacer no me creían. no fueron tenidas en cuenta mis opiniones en la medida en la que nunca se nos permitió como llegar a opinar o decidir, todo lo que se hizo fue precisamente como los doctores lo deseaban o indicaban" (Rosa, agosto de 2021).

En muchos de los momentos, no era solo el no contar con la opinión o decisión de la madre o su familia, sino que se presentaban silencios, miradas, antipatía, o cero acompañamiento por parte del personal, lo que ocasionó en la madre un sentimiento de soledad, de incertidumbre y sobre todo de abandono. Siendo importante resaltar que una de las justificaciones más expresadas con el fin de invalidar o ignorar a las mujeres en el contexto obstétrico para Vallana (2018):

Es porque son conceptualizadas como contaminantes para la atención cómoda del parto por parte del personal de la salud. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones son invisibilizadas y suprimidas en tanto se percibe que contaminan, obstruyen, incomodan la labor del personal de la salud en el cumplimiento de los protocolos de atención. Así, las mujeres son invitadas en múltiples ocasiones durante su trabajo de parto a guardar silencio, "a colaborar" y a obedecer (p. 138).

A partir de lo expuesto anteriormente, se logra percibir que el personal de salud durante la atención del parto genera una violación a los derechos de las mujeres, dejando en ellas experiencias poco agradables, lo que en el futuro puede repercutir en efectos tanto físicos como emocionales y en el peor de los casos, la normalización de una violencia de la que nadie habla.

Figura 13

Anecdotalios realizados por las madres



Nota. Anecdotalios realizados para la identificación de las violencias experimentadas durante la atención del parto (Ver anexo F). Fuente: Madres participantes (agosto, 2021).

4.1.1.5. Esto no es un problema de estratos, esto es un problema de mujeres:

Violencia estructural.

“Sabes es como no solo por mi sino por el resto de las mujeres, como que ¿este país que ofrece para nosotras?, en serio que no se distingue ni raza, ni estrato social, ni nada” (Juliana, agosto de 2021).

Como bien se ha podido mencionar en anteriores apartados, la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, está basada en las asimetrías de poder y las desigualdades de género que socialmente se han construido en torno a lo que es ser hombre y ser mujer, en donde la mujer es excluida incluso en lo que concierne a los saberes y prácticas

sobre su propio cuerpo, dotando de control a otras estructuras sociales para tener el completo dominio de los cuerpos de las mujeres en procesos como por ejemplo el parto, siendo vistas simplemente como objetos que pueden ser manipulados y que tienen como única función parir (Bellón, 2015).

Dentro de este abordaje de la violencia obstétrica resulta fundamental comprender cómo la medicina occidental desde el ámbito de la obstetricia mantiene sus bases en perspectivas androcéntricas y patriarcales hasta el día de hoy, lo que conlleva a que las mujeres sigan siendo minusvaloradas e invisibilizadas ante la supuesta supremacía del hombre durante la atención en salud, dando lugar a una violencia estructural la cual, de acuerdo con Bellón (2015):

Perpetúa la existencia de poderes sociales hegemónicos, que bloquean y excluyen a todos aquellos sectores de población exentos de poder, es decir, en muchos casos: mujeres, personas con sexualidades no normativas, con pocos recursos económicos o discriminadas por razón de raza (p. 97).

A raíz de lo anterior, las madres deben enfrentarse a una sociedad excluyente y discriminadora que a menudo pasa por encima de su dignidad, por lo tanto, las obliga a buscar garantías ante la vulneración de derechos que se experimenta cada día en las clínicas y hospitales dedicados a la atención obstétrica. Algunas de ellas acuden a la búsqueda de clínicas privadas y/o prepagadas que prometen garantizarles las condiciones mínimas para tener un parto humanizado y respetado, sin embargo, ha sido evidente que el factor socioeconómico no es garante de derechos, y que desafortunadamente la violencia obstétrica en Colombia la viven tanto las mujeres de estratos 1 y 2, como las de estrato 6².

² En Colombia la estratificación social se realiza según la Ley 141 de 1994, en la cual se especifica la necesidad de estratificar de acuerdo a los inmuebles residuales, dando lugar a 6 niveles de los cuales los estratos 1, 2 y 3 son considerados bajos o de baja capacidad de pago, el estrato 4 es considerado nivel medio, y finalmente los estratos 5 y 6 considerados altos por poseer mayores recursos económicos (Secretaría Distrital de Planeación, s.f)

“Si esto pasa en una de las mejores clínicas de Bogotá y del país, juepucha que les espera a las personas que tienen que vivir su parto por el Sisbén o en cualquier hospital donde les toca, porque ni siquiera tienen la oportunidad de escoger” (Juliana, agosto de 2021).

Lo anterior permite vislumbrar una crisis estructural en el sistema de salud colombiano, a partir del abandono y el descuido que lleva a las madres a considerar la atención de calidad y humanizada de sus partos como un servicio por el que deben pagar y no como un derecho que debe ser respaldado por el Estado en concordancia con los tratados internacionales firmados por Colombia, en donde se comprometió a proteger los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas, y a erradicar todas las formas de discriminación y de violencia contra las mujeres.

“Yo puedo tener una enfermedad y no ser diagnosticada porque a mí me da miedo que un doctor me revise y me haga sentir mal, o me haga algún tipo de maltrato” (Lady, agosto de 2021).

“En el momento de haber tenido él bebe me preguntó si me iba a operar, al responder que no, me gritó si era que pensaba tener más hijos de una manera burlona, refiriéndose a mi edad” (Luz, agosto de 2021).

De igual manera, es posible identificar otra serie de eventos violentos, por medio de comentarios despectivos y humillantes a las madres en razón de su edad y condición, los cuales traen como consecuencia el aumento de las brechas en el acceso a la salud reproductiva para las mujeres por no contar con los mínimos de recibir una atención basada en el trato digno y de alta calidad, lo que convierte al sistema de salud colombiano en cómplice de la vulneración que experimentan las mujeres día a día frente a la atención de su salud reproductiva. Desde esta postura, es preciso rescatar la necesidad latente de implementar el enfoque de género desde el área de la salud, el cual según MinSalud, debe “contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generan inequidad y desarrollar políticas, planes y

programas, dirigidos a promover el derecho a la salud y la igualdad de género" (s.f), lo anterior con miras a propiciar una atención incluyente y articulada tanto para hombres como mujeres que vele por el respeto de los derechos humanos, en especial los que respectan al ámbito reproductivo.

4.1.1.6. La humanización queda en el papel: Violencia institucional.

“Las políticas están un poco desactualizadas, cada profesional hace lo que desea, no hay una coherencia entre lo que hacen los profesionales en la misma institución atendiendo al mismo paciente. Poco se tiene en consideración lo que los papás sobre todo la mamá desea, su comodidad y tranquilidad” (Juliana, agosto de 2021).

En Colombia pese a que no existe una política de parto humanizado, se cuenta con la Resolución 3280 del 2018, expedida por el Ministerio de Salud, en donde se retoman las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [OMS], sobre los cuidados durante el parto para promover una experiencia de parto positiva. Sin embargo, es evidente que a pesar de que están escritas, se han quedado en el papel, puesto que no existe ningún tipo de veeduría o seguimiento al cumplimiento de las mismas, lo que ha permitido hasta el día de hoy la realización de prácticas deshumanizadas por parte del personal de salud, sin ningún tipo de control ni de sanción, perpetuando la interiorización de la violencia obstétrica dentro de los modelos y políticas para la atención del parto. Es así cómo se identifica la violencia institucional, definida por Bruyn (cómo se citó en Jojoa-Tobar et al., 2019), como “una forma específica de abuso, que comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas público” (p. 136).

“Falta más información acerca de que es un parto respetado y humanizado, en el sistema de salud solo les interesa que el bebé nazca lo más pronto posible, no hay importancia por el sentir de la madre, por las preferencias frente a las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de este maravilloso proceso, no hay

organización en cuanto a los “protocolos” que tienen en las diferentes hospitales del sistema de salud, las cuales son demasiado antiguos y desactualizados, NO hay información acerca de la VIOLENCIA OBSTÉTRICA” (Lorena, agosto de 2021).

De esta manera, se observa la falta de actualización de los protocolos de atención de los partos a modelos humanizados, además del aprovechamiento de muchas clínicas y hospitales en donde prometen a la madre la atención basada en el respeto, vendiendo el ideal de parto humanizado solo por permitir el ingreso de un acompañante, lo cual, si bien es importante, no cubre la totalidad de las recomendaciones realizadas por la OMS para garantizar partos humanizados que respeten los derechos tanto de la madre como del bebé.

Figura 14

Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

The infographic is titled "RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS DURANTE EL PARTO" and is divided into two columns. The left column, labeled "RECOMENDADO" (Recommended), lists 10 items with green square icons. The right column, labeled "NO RECOMENDADO" (Not Recommended), lists 6 items with red square icons. An illustration of a pregnant woman is in the bottom right corner.

| RECOMENDADO | NO RECOMENDADO |
|--|--|
| ■ ATENCIÓN RESPETUOSA Y COMUNICACIÓN EFECTIVA | ■ USO DE INTERVENCIONES MÉDICAS PARA ACELERAR EL TRABAJO DE PARTO Y EL NACIMIENTO |
| ■ APOYO EMOCIONAL DE UN ACOMPAÑANTE DE SU ELECCIÓN | ■ RASURADO PÚBICO O PERINEAL DE RUTINA ANTES DEL PARTO VAGINAL |
| ■ ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR | ■ IRRIGACIÓN VAGINAL DE RUTINA CON CLORHEXIDINA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR INFECCIONES |
| ■ VIGILANCIA REGULAR DEL TRABAJO DE PARTO, DOCUMENTACIÓN DE EVENTOS, | ■ USO AISLADO DE AMNIOTOMÍA Y OXITOCINA PARA PREVENIR EL RETRASO EN EL TRABAJO DE PARTO |
| ■ INGESTA DE LÍQUIDO Y ALIMENTOS POR VÍA ORAL | ■ USO AMPLIADO O DE RUTINA DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES QUE PRESENTAN UN PARTO VAGINAL ESPONTÁNEO. |
| ■ MOVILIDAD EN EL TRABAJO DE PARTO Y POSICIÓN DE SU ELECCIÓN EN EL PARTO | ■ APLICACIÓN DE PRESIÓN DEL FONDO UTERINO PARA FACILITAR EL PARTO DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO (MANIOBRA KRISTELLER) |
| ■ ALENTAR Y ASISTIR A LAS MUJERES PARA QUE SIGAN SU PROPIA NECESIDAD DE PUJAR. | |
| ■ PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL (NO MENOS DE 1 MIN) | |
| ■ CONTACTO PIEL CON PIEL Y LACTANCIA MATERNA | |

Nota. Recomendaciones de la OMS para la atención adecuada de partos. Fuente: Elaboración propia con base en la Organización Mundial de la Salud (2018).

Asimismo, resalta el hecho de que solo unas cuantas clínicas y/o hospitales incluyen dentro de su accionar los lineamientos para el parto humanizado, cuando existe una resolución que brinda los requisitos y condiciones mínimas para la atención en salud de la población materno perinatal, expedida por el Ministerio de Salud, y por lo tanto obliga a todas las entidades de salud dedicadas a la atención obstétrica en el territorio colombiano a responder bajo los lineamientos establecidos.

“Las políticas deben ser humanizadas y estandarizadas para todas las instituciones, con el fin de crear médicos HUMANOS, no simples robots que ejecutan su función y salen del trabajo” (Fernanda, agosto de 2021).

Ahora bien, al hablar de la falta de articulación y seguimiento frente al actuar de las instituciones y la normatividad establecida, también es necesario mencionar la interiorización de lineamientos estrictos que pasan por encima del bienestar de la madre y de las familias, razón por la cual no es tomada en cuenta la voluntad de las mujeres ni de los acompañantes durante el proceso; tal como se puede observar a continuación.

“Ellos hacen y no preguntan ni dicen ni nada, no me preguntaron nada, me dijeron no se puede parar, no se puede mover, no puede hacer nada, entonces literalmente tirada en la camilla” (Lorena, agosto de 2021).

“Cuando nace mi hijo me lo quitan y se lo llevan, me lo muestran muy rápido en cuestión de segundos, (...) ni siquiera me lo pasaron y me van diciendo de una vez que es posible que le van a dar fórmula. Yo estaba completamente convencida que mi hijo iba a ser lactancia materna exclusiva, yo quería lactar, había hecho un par de asesorías, pero pues todo esto como que lo convulsiona a uno” (Marcela, agosto de 2021).

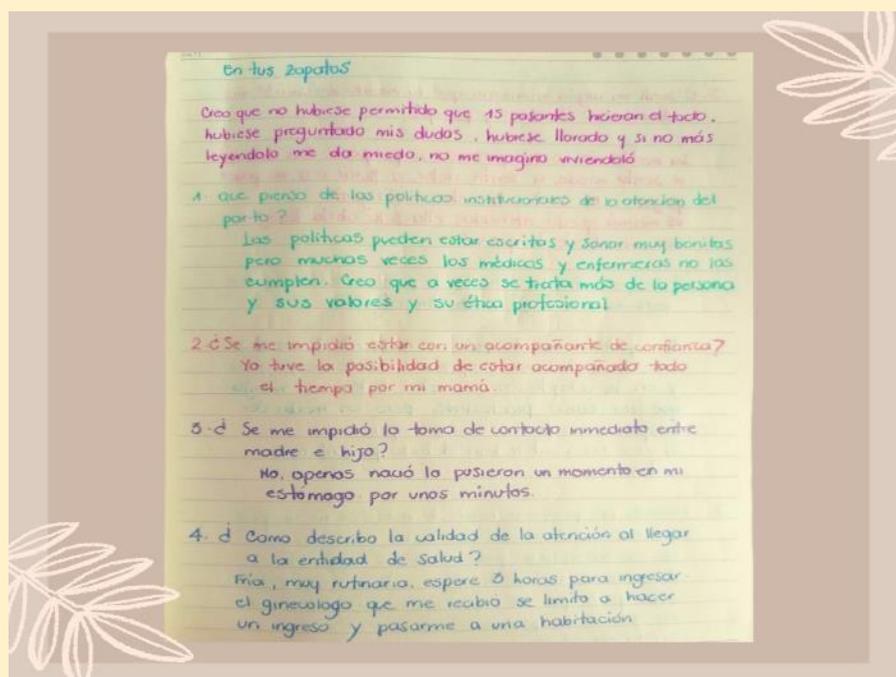
Estas situaciones expuestas vulneran el derecho a las madres, principalmente en lo que concierne a la posibilidad de adoptar la posición que a la madre se le facilite, y a movilizarse

si así lo desea durante su trabajo de parto (MinSalud, 2018), obligándolas a permanecer inmobilizadas en la camilla, y a parir en posición horizontal, o también llamada litotomía, la cual ha sido la posición tradicional para la atención del parto pues facilita la visibilidad al personal de salud para el recibimiento, sin embargo, para muchas madres resulta supremamente incómoda y obstaculiza la salida del bebé, situación que es aprovechada por el personal de salud para incrementar innecesariamente la realización de episiotomías.

Adicionalmente, se evidencia la vulneración al derecho del contacto piel con piel una vez culminada la fase del expulsivo, el cual se recomienda durante los primeros 60 minutos de vida (MinSalud, 2018), pues promueve la conexión entre la díada madre/hijo para prevenir la hipotermia y favorecer la lactancia materna; no obstante, dicha posibilidad es completamente nula en la mayoría de los casos, pues el personal de salud suele separar al hijo inmediatamente de la madre para realizarle los respectivos chequeos, a pesar de que la norma afirma que se deben postergar; de esta manera no se permite a la madre lactar al bebé, dando paso al personal de salud para alimentar al bebé con leche de fórmula sin el previo consentimiento de la madre.

Figura 15

Estudios de caso realizados por las madres



Nota. Estudios de caso realizados para la identificación de las violencias experimentadas durante la atención del parto (Ver anexo G). Fuente: Diana (agosto, 2021).

Por otro lado, se vulnera el derecho al acompañamiento de la madre de forma continua durante el proceso de parto, incluso cuando está estipulado en la Resolución 3280 que “debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y parto, (...) no solo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin” (MinSalud, 2018, p. 283), aumentando la vulnerabilidad de la madre ante un ambiente hostil que dificulta las condiciones de parto.

“Esto es una “regla” “prohibición”, en mis 2 partos me han prohibido estar con alguien de confianza” (Lorena, agosto de 2021).

“La verdad sentí que mis derechos fueron vulnerados, porque no pude tener compañía, no me respetaron mi intimidad” (Rosa agosto de 2021).

Finalmente, se identifica el irrespeto a la intimidad y a la dignidad de las madres, en donde se permite el ingreso de personal de salud sin la debida autorización, algunos practicantes se turnan para realizar tactos sin aviso a las madres en un mismo periodo de tiempo, o ingresan médicos a observar el proceso de parto atendido por colegas sin respetar la integridad de la madre que está pariendo.

“En todo ese momento me sentí como un animal, temeroso viendo dos personas que me veían como si fuera una carne y sentí que les faltaba un tinto y seguir hablando viéndome sufrir” (Fernanda, agosto de 2021).

Todo lo anterior es resultado de la carencia de sentido ético y humano en la atención en salud de los partos, que puede ser el reflejo de la formación al personal basado en modelos tradicionales y no actualizados, y que ponen de manifiesto la necesidad urgente de veeduría y articulación de normatividad frente al actuar de las instituciones y por ende del personal de

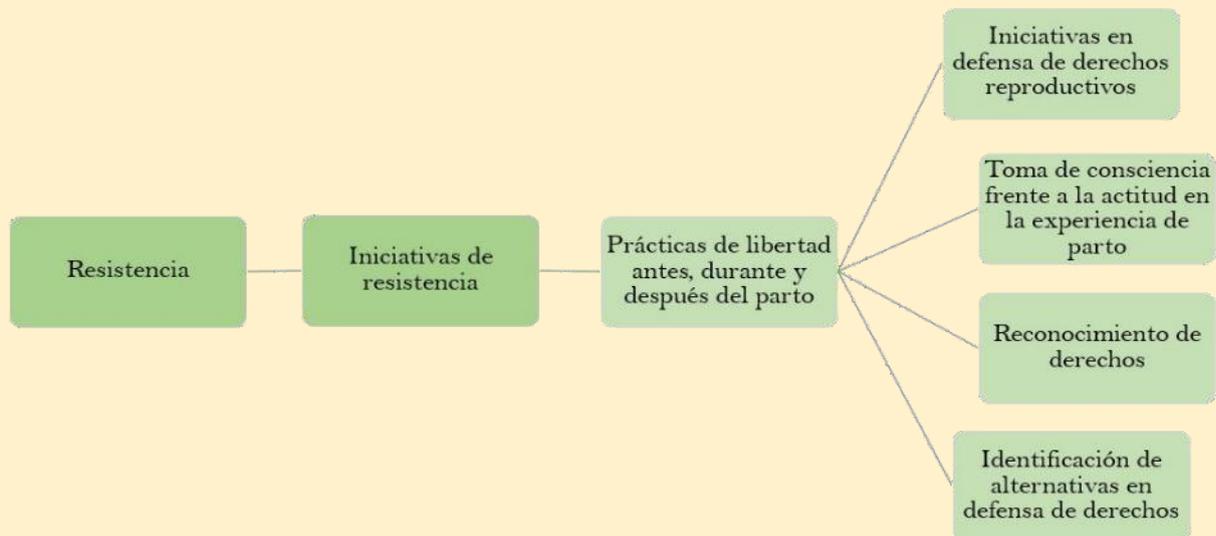
salud, de tal forma que se permita romper con la cadena masiva de vulneración a las mujeres y a sus familias en estos procesos.

Así mismo, resalta la necesidad de fortalecer el uso de los mecanismos de participación en salud establecidas según el Decreto 1757 de 1994, en donde se estipula que la participación ciudadana constituye “el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y a aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud” (p. 1), para ello se autoriza la creación de asociaciones de usuarios conformados por afiliados tanto al régimen contributivo como al subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de velar por la calidad del servicio y defensa de los usuarios; de esta manera, cada institución, sea pública, mixta o privada tiene el deber de contar con dichas asociaciones, las cuales constituyen un posible espacio importante de participación para cada una de estas mujeres y madres, pues las asociaciones representan las voces de los usuarios ante las Juntas Directivas de las EPS e IPS en lo que respecta a las necesidades de mejora frente a la calidad de los servicios, informando a las debidas instancias las inconformidades o falencias recibidas durante la atención obstétrica para que sean visibilizadas y se puedan tomar medidas preventivas o correctivas de las situaciones en cuestión en alianza con otros mecanismos de participación comunitaria desde los diferentes entes territoriales.

4.1.2. Prácticas de libertad antes, durante y después del parto

Figura 16

Taxonomía categoría inductiva: Prácticas de libertad antes, durante y después del parto



Nota. Iniciativas de resistencia manifestadas por las madres. Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta que en medio de las relaciones de poder que se viven en la atención de los partos las madres tienen la libertad de reaccionar a estos eventos vividos desde diferentes reacciones, conductas y comportamientos (Foucault, 2001), de esta manera se abre un campo de posibilidades ante el cual cada una de las mujeres puede realizar una serie de acciones en defensa de sus derechos reproductivos durante la atención obstétrica, acciones dirigidas principalmente hacia su cuerpo, alma, pensamiento o forma de ser que están orientadas desde el sentido ético (Foucault, como se cita en Ferrari, 2017).

Es así cómo se identifica un conjunto de prácticas de libertad empleadas por las madres a raíz de la experiencia vivida, que las lleva a considerar una serie de iniciativas de resistencia antes, durante y después del parto, identificando no solo acciones previas e inmediatas en la atención, sino también, aquellas que se pueden realizar a futuro de acuerdo a la vulneración de los derechos reproductivos experimentada durante los servicios obstétricos.

4.1.2.1. Desde aquí se empiezan a romper esas cadenas: Iniciativas en defensa de derechos reproductivos.

“No permitiría que me traten mal, que me griten y que no me expliquen, yo creo que lo más importante es el respeto, yo creo que uno no es un número más, sino que es una mamá, paciente, un bebé una familia que necesita unas explicaciones, uno debe dejar de ser sumiso y pasivo y decir, me respetan como persona y como paciente” (Diana, agosto de 2021).

Las madres que han vivido estas experiencias de violencia en la atención obstétrica han encontrado dentro de la misma la posibilidad de pensar y re-pensar la vivencia dentro de ese discurso y actuar del personal de salud, logrando encontrar la oportunidad de empezar a proceder desde sí y para sí, para satisfacer sus pensamientos, sus conductas y acciones, lograr proceder desde sus principios, gustos y necesidades, todo esto producto de una vivencia de terror que las ha llevado a resistir, siendo esta una práctica ética que para Foucault, (como se cita en Ferrari, 2017) “posibilita el comando de sí o la transformación del individuo” (p. 145).

“Yo tengo tiempo de pensar y analizar todo lo que pasó y hasta tuve acompañamiento de psicología y una enfermera, y puse la queja, puse la queja de él, relaté toda la historia y tanto así que él me escribió un email pidiéndome disculpas, diciéndome que jamás alguien se había quejado del trato y que si había sido así lo sentía, y que seguramente no era un buen día para él, pero no justificaba el hecho que me hubiera maltratado de esa manera” (Fernanda, agosto de 2021)-

Es a partir del reconocimiento de lo que la madre quiere y cree merecer que inicia una búsqueda de iniciativas en defensa de derechos previo, durante y después del parto, en muchos casos, las participantes expresaron el inicio de una exploración de personal e instituciones idóneas, de acceder a una atención prepagada asesorándose de los beneficios que esta traería,

no solo para la madre sino también para el recién nacido y la familia, así como el cuestionamiento directo de si su atención era basada en un parto humanizado y cuales eran los criterios del mismo, además de la creación del plan de parto, queriendo así garantizar claridades respecto al trato deseado durante la atención.

“Yo envié un correo preguntando si ellos tenían, porque ellos en la página tienen como el letrero que dice que tienen parto humanizado, yo investigué que era parto humanizado, sé que es con un plan de parto, que permiten acompañamiento, que respetan las decisiones de la mamá” (Lorena, agosto de 2021).

Para el momento de trabajo de parto y expulsivo las madres se han visto en la necesidad de buscar estrategias para ejercer resistencia, viendo esta como algo necesario en la medida en la que se han querido vulnerar y violentar sus derechos reproductivos, cuando se niega la atención, cuando se le prohíbe gritar o cuando simplemente expresa sus dudas y necesidades, pero no lo creen.

“El dolor ya era inmenso, ya yo no podía ni caminar, eh mis papás otra vez devuélvase a la clínica... cuando llegamos me dijeron como no mamita todavía tienes como 2 de dilatación y a mí ya se me sale y les digo como “me importa un bledo, ustedes conéctenme, me dejan acá en la clínica, y no me devuelvo, yo vivo en chía, esto es un trasteo ni el hijuemadre, y yo ni puedo caminar”, entonces llamaron al doctor y “bueno déjenla, si no se quiere ir pues déjenla” y yo “no, es que no me quiera ir, es que me está doliendo” (Fernanda, agosto de 2021).

“No me creían que el bebé iba a nacer pronto, me tocó entrar a las malas para que me revisaran y me atendieran, así me dijeran que era mentira, ingrese porque en realidad el dolor ya era muy fuerte” (Luz, agosto de 2021).

Nacen estas estrategias de resistencia, donde se busca poner un alto y decir que también es una paciente que tiene voz, voto y sobre todo autonomía sobre su cuerpo, el grito de las madres como una manifestación de liberación de poder y dominio ejercido por parte del personal de salud.

“Ya al momento que iba a nacer mi bebe pues obviamente, yo soy super gritona, empecé a gritar terriblemente y ella empezó a decirme “cállese que me está asustando a las otras mamás”, y entonces yo más duro gritaba, porque realmente es mi dolor y ella no sabía qué era lo que yo estaba sintiendo en ese momento” (Lorena, agosto de 2021).

Las iniciativas en muchos de los casos también fueron después de sufrir la experiencia de violencia, manifestando la queja ante la entidad de salud, narrando todo lo vivido y sentido durante esos momentos de vulneración, expresándose con nombres propios, buscando al menos dejar un legado, dejando de normalizar y callar porque *“seguramente no van a hacer nada”*, pero con el solo hecho de decirlo, se están generando precedentes importantes que seguro poco a poco lograrán la visibilización de aquello de lo que ninguna mujer habla. Es desde aquí, donde se inicia un ejercicio de resistencia que dota a las mujeres de empoderamiento para romper cadenas de normalización, lo que, desde el punto de vista de Penagos, V. (2016) *“es también una práctica de libertad que les ha hecho reubicarse en el mundo en un lugar de poder y de reconocimiento que no hubieran tenido si no asumen el reto de ser en sí mismas”* (p. 289). Siendo importante resaltar que, se da la resistencia como una búsqueda para contrarrestar los efectos social y culturalmente construidos que se le han sido asignados a la mujer, pensando en otorgar sentido a las acciones de estas dentro de su gestación parto y puerperio.

Figura 17

This was such an empowering hospital birth! (¡Este fue un parto hospitalario tan empoderador!)



Nota. Mujer expresando sus sentimientos durante el momento del parto. Fuente: Eva Rose Birth (2020, 12 de febrero).

4.1.2.2. ¿Y qué tal sí?: Toma de conciencia frente a la actitud en la experiencia de parto.

“Creo que desafortunadamente va a ser un cuestionamiento de siempre porque yo siempre pregunto: ¿qué tal sí?... ¿qué tal si yo hubiera mandado a la mierda a esa vieja hiju madre que me atendió desde el principio y me hubiera devuelto para la casa y hubiera esperado mi trabajo de parto en la casa?, ¿qué tal si cuando la doctora me dijo “ven y te ponemos oxitocina” yo hubiera dicho “no señora” y me hubiera parado?, están todas las posibilidades porque hoy no sé qué hubiera pasado” (Marcela, agosto de 2021).

Cada una de las experiencias de parto experimentadas por las madres se convirtieron en una oportunidad para repensar y reconocer las posibles manifestaciones en respuesta a la vulneración de sus derechos, la cuales, si bien no pudieron ser realizadas por las circunstancias de intimidación y hostilidad, constituyen un punto de partida frente al despertar emancipatorio de las mujeres ante estas situaciones de violencia.

“Mi conducta fue super pasiva, ¿sabes?, no sé si sea la personalidad la que influya, pero yo debí quejarme y decir no me dejo y no me dejó, uno se vuelve totalmente sumiso y pasivo por miedo a que digan esa vieja es un fastidio y trátenla mal” (Diana, agosto de 2021).

“Sentí como que no me había puesto yo en mi lugar, siempre tuve la sensación de porque no peleé más, porque no dije más, por que no hable y simplemente acepte y deje ir” (Marcela, agosto de 2021).

Es así como surge en las mujeres el reconocimiento de las relaciones de poder en las que se encuentran inmersas durante la atención de los partos, y lo que antes era visto como normal por interiorización de los marcos socioculturales, ahora pasa a ser considerado injusto y desigual. Desde esta perspectiva, es necesario rescatar un elemento importante en medio de dichas relaciones de poder: la sujeción, la cual según Bluter (como se citó en Albertín, 2016) “define tanto el proceso de convertirse en subordinado al poder, como el proceso de convertirse en sujeto” (p. 69), y en esta medida, dicha sujeción también influye en la construcción de subjetividades que garantizan la estabilidad de un orden social androcéntrico y patriarcal, en donde la subjetividad femenina es destinada simplemente a obedecer; de esta manera, la subjetividad puede ser vista como “un proceso de interacción en el que los discursos y las prácticas dominantes contribuyen decisivamente a configurarnos” (Albertín, 2016, p. 68).

Es precisamente por lo anterior que la toma de conciencia frente a la actitud asumida durante la experiencia de parto puede ser considerada una práctica de libertad, pues surge de la

capacidad de imaginar y de crear condiciones más dignas de existencia (Fignoni, tal cómo se citó en Ferrari, 2017), y contribuye a la configuración de las mujeres como transformadoras de su propio contexto rompiendo con la identidad tradicional que social y culturalmente les ha sido asignada, desde donde son vistas como dóciles, pasivas y complacientes, y pasan a ser agentes activos de cambio por medio del empoderamiento de sus procesos.

4.1.2.3. Reconocimiento de derechos como parte del arte del cuidado.

“No estoy dispuesta a permitir que no me crean, que si yo expreso mis emociones o inconformidades es porque realmente están pasando y no porque quiera estar de quejándome” (Rosa, agosto de 2021).

Las madres, bajo ese arte de conocerse y reconocerse han logrado comprender quienes son, y cuál es el trato que merecen, es por esto por lo que, al realizar la introspección logran identificar los derechos que se consideran como mínimos pero fundamentales en la atención obstétrica, como el derecho al trato digno basado en el respeto, establecido bajo la información de todos los procesos o prácticas a realizar, una comunicación amable y respetuosa al momento de dirigirse a la madre, el respeto de los tiempos y sobre todo de los sentires que manifiesta aquella que pare.

Dentro de este reconocimiento, también se menciona la importancia de parir bajo condiciones dignas, contando con el personal idóneo donde prime la intimidad de la madre, su bienestar y el de su bebé, previendo cualquier complicación y preparando lo necesario para intervenir acorde a los inconvenientes que se puedan presentar durante el parto o trabajo de parto.

“El hecho de no tener un parto en una sala de parto yo creo que sería otra cosa que no permitiría, primero que todo por el factor salud, o sea el hecho de uno tener un bebé

en una camilla, donde hay más personas, que puede haber bacterias, o se puede crear una infección en el momento del parto... el parto es muy complicado, y si no hay aparatos médicos en los que uno pueda precisamente apoyarse si llega a pasar algo, porque no se pues obviamente una sala de parto está equipada para atender cualquier eventualidad, pero obviamente en una camilla pues uno no cuenta con ningún equipo médico ni nada, y pues si no hay personal pues mucho menos” (Lady, agosto 2021).

Así mismo, se resalta la importancia del respeto a las necesidades del cuerpo de la madre, garantizando su alimentación, el acceso al baño cuando sea necesario o la creación de estrategias que le permitan sentirse cómoda cuando no sea posible el acceso a este; por último, la inadmisión de las prácticas riesgosas como la de Kristeller, a la cual se le ha catalogado como maniobra poco efectiva y por el contrario muy riesgosa tanto para la salud de la madre como la del bebé.

“No permitiría esa maniobra de que ambas enfermeras se te ponen encima de la barriga y te empiezan a bajar el bebé, uno porque es supremamente dolorosa y muy riesgosa tanto para la bebé como para la mamá, tuve una conocida que perdió su bebé precisamente por eso y yo pensaba como juepucha pude ser yo pudo ser mi hija” (Juliana, agosto de 2021).

Las madres participantes llegan a todas estas reflexiones bajo la relación directa con las vivencias mencionadas, expresando la importancia de reconocerlas para jamás volver a permitir las y garantizarse a sí mismas una atención digna, pero sobre todo acorde al momento que se está viviendo. Todo lo anterior, en palabras de Penagos, V. (2016) “La resistencia es aquella gran capacidad que los sujetos tienen para proteger la vida, es esa fortaleza interior que hace que las personas sobrevivan a condiciones difíciles sin dejarse abatir por las dificultades y sin renunciar a sus convicciones” (p. 273).

4.1.2.4. Por el respeto a mi cuerpo y a mi proceso: Identificación de alternativas en defensa de derechos.

“Si hay algo con el ginecobstetra que no me termine de convencer, que me ponga en duda, creo que en ese momento cambiaría de profesional, así me demore los nueve meses encontrando el profesional con el que sienta esa conexión y esa tranquilidad de que se van a respetar mis deseos o que va a ser tan honesto y tan claro que no va a permitir que otros sanitarios irrespeten mi cuerpo y mi proceso” (Marcela, agosto de 2021).

Aferrándose a la fiel creencia de que la experiencia de parto puede y debe ser diferente, cada una de las madres inician una búsqueda de alternativas en donde puedan ser las protagonistas de su parto y hacer valer los derechos propios y los de sus hijos en una futura experiencia. Una de las alternativas identificadas dentro de la atención de parto en instituciones de salud, es la búsqueda de profesionales e instituciones cualificadas para la atención del parto humanizado y respetado, lo cual implica un proceso de información previo frente a las condiciones que brindan a la madre y al bebé en el proceso; así mismo, resaltan la posibilidad de cambio de profesional si no cumple con los requerimientos mínimos para garantizar una atención de calidad, como puede ser el sentido ético, el respeto, la compatibilidad, la disposición y la escucha ante las necesidades y deseos de la madre. Cabe resaltar que algunas mujeres que tuvieron sus partos por EPS reconocieron como alternativa acudir a clínicas privadas o medicina prepagada, opción que como fue mencionada en apartados anteriores, no brinda la seguridad de una atención de parto digna.

“Si llegara a tener otro hijo, creo que a raíz de todo esto yo soy la mamá más intensa, sigo al médico, al pediatra, a la doula, todo eso por Instagram, y he visto que incluso en Colombia y Bogotá hay doctores que están súper enfocados por el parto humanizado

y creo que haría hasta lo imposible por que esa doctora estuviera en mi parto”
(Juliana, agosto de 2021).

Por otro lado, es posible evidenciar que muchas mujeres se han informado sobre otras alternativas que salen de lo tradicional. En Colombia, según el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva (s,f), existen cuatro modalidades distintas de parto, dentro de las cuales se encuentra: el parto institucional, como opción más común para parir, caracterizado por ser atendido dentro del servicio de salud en un hospital, clínica o centro de salud; el parto con acompañamiento de una doula, una persona (por lo general mujer) que brinda apoyo físico y emocional a la madre durante el proceso de parto; el parto planificado en casa con partera; entendiendo la partería como una de las prácticas culturales de las comunidades; y finalmente la cesárea respetada, en donde se busca brindar en lo posible las condiciones de un parto vaginal respetado.

“He visto los partos en agua, me parecen divinos, me parece super bonitos que lo acompañe una doula” (Fernanda, agosto de 2021).

De esta manera, se evidencia una apuesta importante por otras formas de parto, principalmente por aquellas que vinculan a la mujer como acompañante y guía dentro del proceso; tal es el caso del parto con acompañamiento de una doula, en donde si bien no reemplaza la atención de las parteras o de los médicos puesto que no pueden asistir un parto, cumplen una labor importante brindando apoyo emocional desde la confianza/seguridad proporcionada a la madre, y apoyo físico orientando posiciones que favorecen la fisiología del parto y la acomodación del bebé, así como también brindando estrategias para el manejo no farmacológico del dolor. Por otro lado, la labor de la partera urbana, preparada desde el conocimiento científico, pero también desde las prácticas y saberes ancestrales que han sido transmitidos por generaciones en diferentes comunidades, permiten una experiencia de parto basada en la calidez y la unión de la familia.

“Incluso pienso en la posibilidad de un parto, en caso si tuviera la oportunidad de tener uno, de irme más hacia lo ancestral, hacia lo tradicional, que también lo he buscado, he buscado como poderlo hacer” (Marcela, agosto de 2021).

Cada una de estas alternativas además de considerarse propuestas de resistencia de las madres en defensa de sus derechos reproductivos, pues reducen el riesgo de sufrir violencia obstétrica en ambientes institucionales, significan una oportunidad para resaltar la figura fundamental de la mujer desde el papel de doula y partera en la atención de los partos como una forma de reivindicación de este conocimiento, puesto que los espacios que antes eran liderados por mujeres desde saberes populares y femeninos en torno al parto y la maternidad fueron relegados únicamente al gremio médico, liderado por hombres, por considerar que los anteriores carecían de validez científica (Durán, 2019). Sin embargo, desde el apoyo a estas alternativas de atención durante el parto se afirma que el conocimiento que vale no es solo el que posee el médico por estar en la cúspide de la estructura jerárquica, sino que como plantea Puertas (2019), es necesario promover el diálogo de saberes en donde coexistan diversos actores, de tal forma que sea posible una atención integral a la mujer y al bebé en las salas de parto.

Figura 18

Alternativas al parto institucional en Colombia



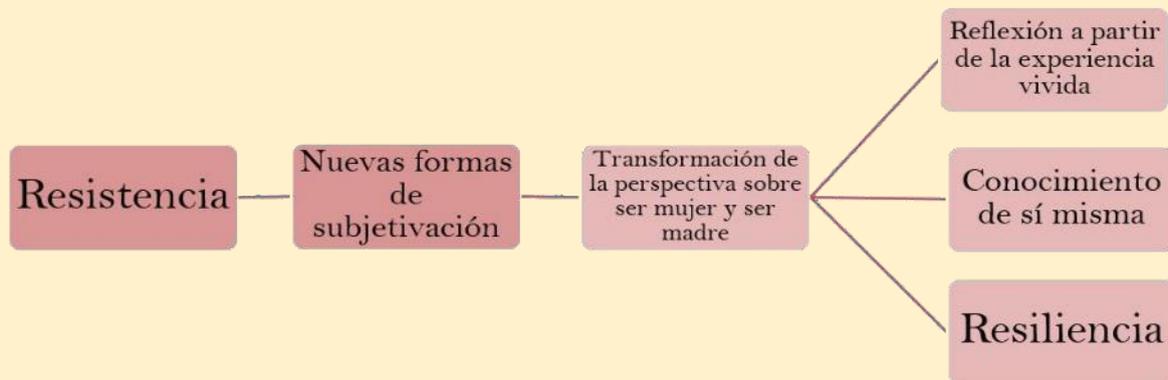
Nota. Ilustraciones de opción de parto en casa con acompañamiento de doula y con partera.

Fuente: Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (s.f).

4.1.3. Transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre

Figura 19

Taxonomía categoría inductiva: Transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre



Nota. Procesos de subjetivación manifestados por las madres. Fuente: Elaboración propia

Como resultado de las acciones de resistencia realizadas y propuestas ante a la vulneración de sus derechos, es posible identificar un proceso liberador y emancipatorio en cada una de las mujeres, que les permite por medio de la reflexión lograr un estado de autodeterminación sobre sus cuerpos, sus pensamientos y sus decisiones, lo cual se traduce en el cuidado de sí mismas, el cual según Foucault (como se citó en Ferrari, 2017), se obtiene por medio del proceso de subjetivación.

Al comprender que este es un proceso que se realiza de forma continua dada la preocupación constante de las madres por ser completamente dueñas de sí mismas en sus procesos, es por medio de la introspección que las mujeres logran transformar la perspectiva que tienen sobre ser mujer y maternar, apoyándose en el conocimiento de sí mismas y la

oportunidad de crecimiento en diferentes ámbitos que les brindó la experiencia vivida durante el parto.

4.1.3.1. Reivindicando el acto de parir: Reflexión a partir de la experiencia vivida.

“Parir tiene que ser un acto sublime, la manera como llegué al mundo el bebé tiene que poderse celebrar de una manera sublime, eso lo pensaba antes y lo sigo pensando, y creo que ahora lo pienso incluso con más fuerza” (Marcela, agosto de 2021).

Dados los significados que socialmente han sido construidos alrededor del parto y de la maternidad, vinculados a experiencias que deben ser dolorosas e incómodas y comprendidas como un sacrificio/castigo según la concepción judeocristiana (Rodríguez y Aguilera, 2017), muchas mujeres día a día asumen el maltrato durante la atención de los partos como algo completamente normal, pues está tan instaurado en los procesos realizados por el sistema de salud que muchas veces no existe oportunidad de imaginar que traer una vida al mundo puede darse de una manera distinta. Sin embargo, las diferentes acciones de resistencia que fueron empleadas por las madres en medio de una clara relación de poder, permiten a las mujeres emprender un camino de reflexión a partir de la experiencia vivida, posibilitando nuevos procesos de subjetivación, los cuales, siguiendo a Foucault, permiten conocerse y encontrarse desde un proceso complejo de análisis de la situación experimentada que invita a la construcción de nuevas subjetividades; tal como lo afirma Gil (como se citó en Albertín, 2016) “la subjetividad no es algo estático, porque es una experiencia de deseo; el deseo sería el residuo de los procesos de subjetivación, lo que funciona como motor, como potencia para la transformación de la subjetividad” (p.69).

“Yo decía esto no es normal, a mí no me tienen por qué dar un tacto así, no tienen por qué no darme la información sino estar hablando entre ellos, todo fue como una

película, como si estuviera pasando y yo la estuviera narrando pero como que no tenía voz, ni fuerza” (Marcela, agosto de 2021).

“Yo en ese momento ni siquiera era consciente de que lo que estaba pasando podía clasificarse dentro de violencia obstétrica, pero a los días que contábamos a los familiares que había pasado, como nos había ido, los dos nos mirábamos como juepucha fue horrible” (Juliana, agosto de 2021).

De esta manera, se evidencia que, pese a que en el momento ellas no identificaron la vivencia como una forma de violencia, a partir del proceso reflexivo surge una concientización frente al trato deshumanizador, injusto y arbitrario, que las lleva a reconocer que lo que vivieron no puede ser normal, y que efectivamente lo que experimentaron durante su proceso de parto fue violencia.

En vista de que el concepto de violencia obstétrica en Colombia no ha sido reconocido legalmente, se dificulta el reconocimiento frente a las diferentes formas de violencia que viven las mujeres y que se encuentran definidas en la Ley 1257 de 2008, razón por la cual muchas de las madres identificaron esta violencia a partir de la búsqueda de información por diferentes medios digitales, sean artículos, páginas, y principalmente por redes sociales, en donde hoy en día se facilita el acceso a los procesos adelantados desde diferentes actores que trabajan en pro de la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres en otros países de América Latina y el mundo

“Si nadie nunca habla de la violencia, es algo que va a perdurar en el tiempo, y obviamente quién mejor para hablar de esa experiencia y levantarse y decir no más, no es justo, no tienen por qué minimizarse, ni por qué maltratarnos, ante una situación que no merece vernos como víctimas sino que nosotras podemos hacer más, hacer algo por las demás mujeres, es empezar uno a contar su historia y a decir ¿como puedo cambiar esto?” (Lady, agosto de 2021).

El primer paso para romper con la cadena de violencias que se vive en la atención de los partos, es reconocerla y esto crea la necesidad de llamarla por su nombre, pues es así como se contribuye a la visibilización de aquellas conductas que no son aceptables y que como mujeres no se está dispuesta a seguir permitiendo durante la atención de los procesos obstétricos; como afirma García (2018) “La violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada” (p. 43).

“Pa criar un bebé, un ser humano, estoy dando mi vida, y eso no debería ser menospreciado por una persona que ha visto 100 mil partos, cada parto es diferente, cada ser humano es diferente y si usted se puso a estudiar eso que para esa persona es la primera, o la segunda, o la tercera, tiene que entender que es su experiencia y usted hace parte de su experiencia, y si está en un mal día o no, eso no le importa a la persona que está pariendo, abriendo sus piernas y tratando de dar a luz a alguien...”
(Fernanda, agosto de 2021).

Lo anterior implica no solo el reconocimiento de la violencia obstétrica por parte de las madres, sino también del personal de salud como responsable de la realización de las prácticas en la atención y del Estado Colombiano en general como responsable de las fallas estructurales que existen en el sistema de salud y la ausencia de políticas que protejan los derechos de las mujeres en el ámbito de la reproducción.

4.1.3.2. Te das cuenta que eres capaz de todo, que eres una berraca: Conocimiento de sí misma.

“Me di cuenta de que era capaz de muchas cosas, o sea te enfrentas a un momento de esos sola, te das cuenta que eres capaz de todo, que eres una berraca” (Luz, agosto de 2021).

Al realizar un proceso de subjetivación respecto a lo vivido, las madres participantes encuentran una nueva perspectiva de mujer, a la que ellas mismas denominan ¡mujeres fuertes! Manifestándose a sí mismas que como sujetos políticos tienen capacidad de decisión sobre sus procesos, sobre sus cuerpos, pero sobre todo sobre sus maternidades, permitiéndose recordarse que están equipadas con derechos, con voz y fortaleza para actuar con el propósito de impedir la continuidad de un trato deshumanizado e injusto.

“Me di cuenta que tenía el derecho y el deber de hablar y decir que era lo que yo prefería en mi parto, porque era mi parto” (Lorena, agosto de 2021).

Las mujeres se despojan de creencias que tenían sobre sí mismas para darse cuenta que son mucho más fuertes de lo que imaginaban, se cierran dogmas culturales donde se recalcan la sumisión de la mujer en el parto y se abre camino a ese reconocimiento del bienestar de la madre, dotando de prioridad su integridad durante el proceso de parto, donde realmente sí importan las condiciones bajo las cuales se va a traer vida al mundo, dándole el debido valor y el respeto al cuerpo femenino durante la atención obstétrica y la vida en general.

“La percepción que yo tenía era que lo más importante es él bebe, me refiero al proceso, no importa el proceso como sea, pero tiene que nacer bien él bebe, si la mamá se desgarró, si la mamá le duele, si tiene o si no tiene no importa, lo que importa es el nacimiento del bebé. Pero después que uno lee e investiga y tiene el apoyo de los grupos que uno ve ahorita gracias a las redes sociales, pues se informa más, entonces se da cuenta uno que también importa la mamá que importa el sentir que ella tiene, el dolor” (Lorena, agosto de 2021).

La vivencia de maltrato genera un ambiente de empoderamiento en el que reflexiona su papel como mujer y como madre, donde empieza a decidir lo que no está dispuesta a permitir; su perspectiva de mujeres fuertes genera confianza con ellas mismas, además de reafirmar su

papel como sujetos políticos fundamentales en la construcción de sociedad basada en espacios equitativos e incluyentes, creando nuevos valores de ciudadanía, de ser mujer y de su papel en la sociedad.

“A raíz de eso cambió mucho la forma de pensar y ver la vida, de afrontar muchas cosas, uno a veces se deja hablar feo, hacer comentarios feos y uno como que se deja, pero desde que tengo a mi hija y mucho más por ella ser niña, juepucha se levantó como la leona que había en mí y ya no me bajo de lo mejor y no voy a aceptar menos que eso” (Juliana, agosto de 2021).

Por otro lado, ha surgido en las madres un sentimiento de inseguridad que las lleva a la reflexión respecto a los conocimientos médicos, dejando de normalizar y aceptar lo dicho, empezando a cuestionar más, a buscar razones respecto al actuar médico y los procedimientos planteados, se generan espacios de investigación, y si la opinión dada no les resulta del todo confiable o no es de su total agrado, optan por buscar una nueva perspectiva. Siendo importante retomar las afirmaciones de Sossa (como se cita en Campo. et al. (2015).

El individuo realiza una retrospectiva de su actuar; este proceso es vital para la transformación de sus acciones, pero a la vez permite reconocer la verdad, las relaciones de dominación y la apertura de la visión de su ser; fundamentándose en un interrogante ¿cómo podemos cambiar lo que hemos llegado a ser? (p. 8).

Se inicia con el cambio de patrones culturales donde el médico tiene la verdad absoluta, para dar el beneficio de la duda y con el traer nuevas respuestas que se adapten a los sentimientos y comodidades de la madre, donde no se le invalide y por el contrario se le tenga en cuenta para cada decisión o intervención que se deba practicar. De acuerdo con Scott (como se cita en Tarrés, M. 2001) “Es una lucha en la que se disputan los significados en el campo de la cultura.

Estas luchas discursivas son las que dan lugar a la creación de identidades basadas en la dignidad y en la autonomía” (p. 859).

“Mi perspectiva cambió con los médicos, porque antes yo iba a una cita médica y lo que me decían ellos yo era “ah bueno”, pero ahorita yo soy como ¿y por qué?, ¿y eso para qué es? ¿a qué se debe? Uno empieza a indagar más del tema de lo que ellos están haciendo, uno empieza a preguntar y si no me gustó esta opinión pues busco otro médico” (Lorena, agosto de 2021).

Figura 20

This is how we meet 2021 my dear followers! Empowered and positive. (¡Así es como nos encontramos en 2021 mis queridos seguidores! Empoderado y positivo)



Nota. Mujer feliz después de dar a luz. Fuente: Eva Rose Birth (2020, 26 de febrero).

4.1.3.3. Dar a luz fue una batalla donde renací como persona, pero me demoré en entenderlo: Resiliencia.

“Para mi dar a luz fue batallar conmigo misma, tratar de acallar las voces que me decían que no podía y tras del hecho luchar con mi ginecólogo que me ratificaba que no era suficiente” (Fernanda, agosto de 2021).

Ante la vivencia de un parto violento que puede ser considerado un evento traumático, es claro que son muchas las repercusiones que pueden quedar en la madre tanto a nivel físico como psicológico. A nivel físico, en concordancia con los relatos de las madres, se puede identificar dificultades durante el periodo de lactancia materna, principalmente a causa del uso de epidural, oxitocina y la separación inmediata del bebé al nacer (García, 2018), así mismo, refirieron problemas de incontinencia fecal/urinaria y desgarros que por lo general son ocasionados por la realización de episiotomías (García, 2018), y finalmente se identifica como consecuencia la dispareunia, la cual consta de sentir dolor al tener relaciones sexuales (Rivera y Burgos, 2021).

Frente a las consecuencias psicológicas, aquellas que dejan una huella emocional en cada una de las madres permaneciendo incluso por mucho más tiempo que las físicas, se evidencia el desarrollo de depresión postparto y ansiedad como las principales afectaciones, que así mismo, repercuten en el estado de ánimo, la autoestima y la adaptación a la maternidad de las mujeres debido a la sensación de fracaso y culpa, pues el parto se convierte en un referente importante en la construcción de la identidad materna (Jort, 2021).

“Me pareció como el momento más tétrico y el inicio de todo un año y medio prácticamente de depresión posparto porque quedaron secuelas, y la inseguridad de que se me iba a morir a cada momento mi hija, en que no era suficiente, en que no iba a hacer un buen trabajo independiente que hubiera estudiado y leído, en que no iba

a ser una buena mamá, porque todo eso me quedo de ese momento” (Fernanda, agosto de 2021).

“Esto a mí me sacó cosas no tan buenas, viene un periodo de depresión y ansiedad bien difícil, porque hasta la autoestima se pierde, porque viene la culpa, es como un duelo, lo digo porque me sentí vulnerada, yo no me encontré, no fue fácil” (Diana, agosto de 2021).

Pese a que las afectaciones fuertes que sufren las madres a nivel físico y psicológico impactan directamente en sus contextos inmediatos, influyendo en el vínculo con sus bebés, la relación de pareja y otras relaciones sociales; es posible evidenciar cómo cada una de las madres se reconstruye en medio del dolor y la dificultad, encontrando estrategias de sanación para resurgir y transformarse a partir de los aprendizajes sobre la vivencia. De esta manera, se evidencian madres resilientes, comprendiendo el término resiliencia según Trujillo (2011) como “el proceso por medio del cual una adversidad grande o pequeña se convierte en ocasión de crecimiento personal o colectivo” (p. 13), lo que permite que las mujeres se sobrepongan a la situación acudiendo tanto a sus recursos internos como externos.

Como estrategias de sanación empleadas por las mujeres, se encuentra la lactancia y la crianza, como oportunidad de reivindicación de la identidad materna, y la búsqueda de ayuda/acompañamiento profesional por parte de psicología y enfermería desde la atención en salud mental.

“En esta ayuda que encontré me dí cuenta que no era lo que yo pensaba, si era más que suficiente porque mi hija estaba acá también era por una labor gigante que yo había hecho y que tenía que aceptar y valorar cómo era, y no menospreciarlo o darlo por sentado, (...), no puedo dejar que por una situación de debilidad entonces duré un año y medio perdiéndome del ahora, y simplemente menospreciando cada cosa que hago” (Fernanda, agosto de 2021).

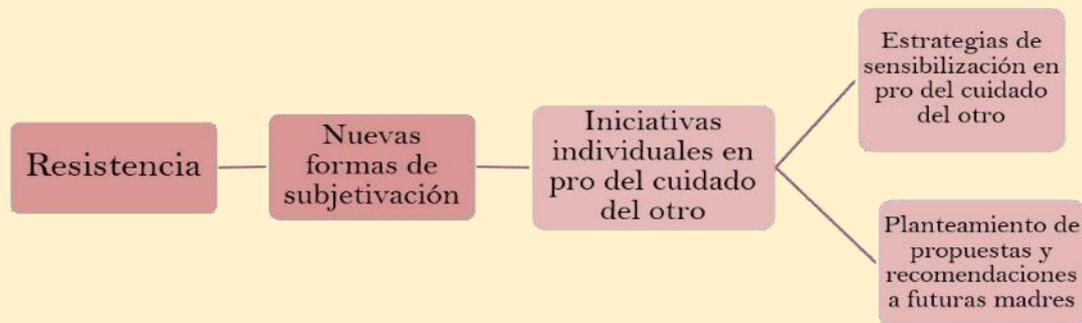
Asimismo, se identifican otras estrategias de sanación desde la escritura y el habla, principalmente en lo que respecta a contar la experiencia a familiares y amigos cercanos representando redes de apoyo primarias a las que acuden las madres. Es importante resaltar que algunas madres mencionaron como estrategia de sanación la participación en la investigación por medio de la realización de las actividades de recolección de información.

“Yo creo que una de las maneras que he encontrado para sanar esto ha sido el hablarlo, el ponerlo sobre la mesa, leer y estudiar un poco más sobre este tema de violencias obstétricas, de los derechos de la mujer, del empoderamiento femenino en ese espacio” (Marcela, agosto de 2021).

Finalmente, se identifica como estrategia de sanación el poder de la información, desde donde manifiestan instruirse en lo concerniente a la violencia obstétrica, y los derechos de la mujer desde diferentes medios digitales, en donde también han podido encontrar grupos de madres, principalmente enfocados en la lactancia, que les han permitido no sólo apoyarse en esta etapa, sino también comentar sus experiencias de parto, lo cual significa una oportunidad para sentirse escuchadas por otras madres que tuvieron que vivir violencia obstétrica, y reconocer que nada de lo que experimentaron durante la atención de sus partos fue su culpa ni su responsabilidad, y que por el contrario son valiosos los esfuerzos realizados durante el trabajo de parto, parto y puerperio aun enfrentándose a las condiciones hostiles en las que dieron a luz.

4.1.4. Iniciativas individuales en pro del cuidado del otro

Figura 21. Taxonomía categoría inductiva: Iniciativas individuales en pro del cuidado del otro



Nota. Iniciativas para el cuidado del otro expresadas por las mujeres. Fuente: Elaboración propia

Sobre la base de la subjetivación que permite el cuidado de sí, es preciso mencionar cómo a partir de ella se influye en el cuidado del otro bajo la búsqueda del bien común (Campo y Giraldo, 2015), de esta manera, en la medida en que la mujer transforma la perspectiva de lo que es ser mujer, parir y maternar, también transforma la manera en que percibe su entorno y a los otros, lo cual a su vez influye en el desenvolvimiento de ella misma desde los diferentes contextos.

De esta manera, resaltando el papel como sujeto político de la mujer bajo la búsqueda del bien común, se identificaron una serie de iniciativas individuales en pro del cuidado del otro, por medio de estrategias de sensibilización desde sus ámbitos comunes, así como también el planteamiento de propuestas y recomendaciones a futuras madres con el fin de propender por la defensa y el respeto de los derechos reproductivos en la atención obstétrica.

4.1.4.1. Por partos dignos y respetados para todas las mujeres: Estrategias de sensibilización en pro del cuidado del otro.

A partir de los aprendizajes adquiridos por medio de la reflexión constante de la experiencia, las mujeres generan estrategias para el cuidado de sí mismas, pero a la vez para el cuidado de los otros, esto desde el sentido social que busca evitar que otras mujeres vivan las mismas experiencias violentas durante la atención de sus partos. Si bien ninguna madre manifestó hacer parte de colectivos o entidades que promuevan la defensa de los derechos reproductivos durante la atención obstétrica, cada una de ellas aporta desde su individualidad a otras madres por medio de diferentes estrategias de sensibilización en pro del cuidado de otras. Una de ellas es compartir la experiencia propia y los aprendizajes adquiridos a familiares, amigas y mujeres cercanas, visibilizando que la violencia obstétrica existe, y que es un riesgo latente en las instituciones de salud frente al cual se deben preparar

“Espero que a las personas que yo les cuente mi parto que son como amigos o eso, les sirva para cuando sea el momento de ellos, se hagan sentir más, hablar, decir, pelear, lo que sea, lo que toque. Lo otro es que apenas vi que ustedes estaban haciendo esto, en ningún momento dude decir yo voy a contar como fue mi experiencia, porque si de algo lo mío puede servir pues me parece una nota, esto con el fin de que más mujeres que vayan a ser mamás en el futuro tengan una mejor experiencia en cualquier clínica u hospital que vayan a tener su hijo” (Juliana, agosto de 2021).

Asimismo, se evidencia como estrategia de sensibilización la participación en diferentes espacios académicos que aportan a la construcción de conocimiento frente al fenómeno de la violencia obstétrica contando su experiencia para llegar a muchas más mujeres. Algunas de ellas desde las profesiones en las que se desempeñan como la enfermería y la docencia, contribuyen a la sensibilización de profesionales o de futuros profesionales de la salud a que desde su rol aporten a la promoción de partos y maternidades respetadas, rompiendo

con la infantilización, el maltrato y la humillación que comúnmente se vive en la atención de los servicios obstétricos; de esta manera las madres realizan una invitación y un llamado a que como sanitarios hagan parte del cambio.

“Trato de hacerlo de otra manera porque las mamás se asustan, desde la academia es un poco más fácil, pero trato de decirle que se asesore, que exija que le expliquen, qué pregunté. Con los estudiantes les digo que a las mamás es decirles todo como es, hablar, explicar, ver con humanización a esa persona que está totalmente vulnerable” (Diana, agosto de 2021).

“Yo tengo un exalumno que está estudiando ginecología y obstetricia, entonces muy puntualmente a él le mando cositas como diciéndole pilas, mire que esto pasa, o sea usted que va a ser el próximo que va a empezar a recibir sea consciente, no se deje institucionalizar” (Marcela, agosto de 2021).

Finalmente se reconoce la manifestación de inconformidades formales ante la entidad de salud como una iniciativa fundamental en pro del cuidado de otras, pues a pesar de que este mecanismo es poco considerado entendiendo que muchas veces las quejas y reclamos realizadas no escalan a los niveles superiores requeridos para lograr mayor visibilidad, es de vital importancia que se promueva la respectiva denuncia, no solo a la entidad de salud, sino también a la Superintendencia Nacional de Salud, de tal forma que se haga visible que la vulneración de estos derechos es el pan de cada día en los servicios obstétricos, y de esta forma se puede realizar mayor seguimiento y control a las entidades involucradas.

“La primera opción que hice fue poner la queja ante la prepagada, ya poniendo queja independiente que la tomen en serio o no, independiente que me haya contestado el doctor o no, eso ya es un antecedente, y es una puerta” (Fernanda, agosto de 2021).

Es evidente que pese a que no existe aún una organización colectiva que involucre a las madres por la defensa y el respeto de estos temas, las mujeres se movilizan desde su

individualidad en pro del cuidado de otras madres, lo cual es una apuesta importante como avance frente al trabajo que se necesita actualmente en el país para la sensibilización y la visibilización de este tipo de violencia.

4.1.4.2. Que realmente sea el mejor momento de tu vida: Planteamiento de propuestas y recomendaciones a futuras madres.

La construcción de la mujer como sujeto político trasciende del cuidado de sí al cuidado del otro en la medida en la que conduce el cuidado como búsqueda del bien común, estas perspectivas se relacionan, pues parten del dominio de sus espacios interiores en búsqueda de una mejoría en sus contextos inmediatos. Es por esto por lo que, las madres participantes realizan el planteamiento de propuestas y recomendaciones a las futuras madres, con el deseo de que realmente el nacimiento de sus hijos sea el mejor momento de su vida.

“Que haga valer sus derechos primero que todo, ni porque seas menor de edad, ni porque seas de tal edad, ni estrato social o raza, nada nada nada, no tienes por qué dejarte pasar por encima de cualquier médico, o cualquier persona, que hagan valer sus derechos, que si tienen preguntas las hagan, que dejemos ese miedo a preguntar, si tiene que quedarse 50 min en una cita hasta que le expliquen y entienda que está pasando con su cuerpo, pues que así sea” (Juliana, agosto de 2021).

Dentro de las recomendaciones a las futuras madres, las participantes manifiestan un énfasis especial en la importancia de reconocer sus derechos para así exigirlos, defenderlos y sobre todo ejercerlos de manera libre y consciente durante la atención obstétrica. Así mismo, informarse sobre lo que es un parto humanizado, del cual se deriva el plan de parto en el que se le permite expresar sus preferencias, necesidades y expectativas sobre el proceso de parto y

nacimiento, incluyendo quienes deben estar presentes, la ambientación, lo que desea y lo que no, con el fin de hacer que sea ella la verdadera protagonista de su gestación, parto y puerperio.

“Que lea mucho sobre el tema porque si uno no tiene conocimiento no puede exigir realmente nada, pero ya uno teniendo el conocimiento adecuado pues uno tiene argumentos” (Lorena, agosto de 2021).

A parte de conocer sus derechos, las madres participantes recalcan la importancia de conocerse a sí mismas, esto sumado a una preparación física y emocional para el momento del parto, para así lograr el conocimiento de las fortalezas y debilidades con el fin de confortarse a la hora de tomar decisiones importantes basadas en los deseos y necesidades de cada mujer.

“Con una digamos preparación, manejo de emociones, serenidad, control, puede hacer que su parto a pesar de que sea primeriza no sea tan duro, y que cuenta con las... con las herramientas internas para llevar esa experiencia de manera positiva” (Lady, agosto de 2021).

“Le diría que caminara, que se alimentara bien y sobre todo que buscara una buena institución para atender su parto” (Rosa, agosto de 2021).

Por último, ante la incomodidad de muchas de las experiencias durante la atención obstétrica, las madres participantes sugieren buscar nuevas alternativas en la atención que no estén basadas meramente en el contexto médico, sino que, además, es pertinente apoyarse de otras especialidades como las doulas y parteras, las cuales aparte de ayudar con el parto y puerperio brindan ese apoyo emocional tanto a la madre como a la familia, generando un ambiente de tranquilidad y comodidad.

“Ahora pienso en que se deben buscar más alternativas, en buscar más opciones, como una dula o partera” (Diana, agosto de 2021).

Por otro lado, en el ejercicio de las madres dentro del cuidado del otro, se llega al planteamiento de propuestas para apoyar a las futuras madres o a aquellas que han sido víctimas de violencia en la atención obstétrica, mediante estrategias como la escucha atenta ante las situaciones, con el fin de visibilizar cada una de las acciones donde se sientan violentadas, así mismo, la búsqueda de ayuda en el aspecto que la madre lo requiera.

“Sí me gustaría como poder apoyar a las mujeres que estén siendo víctima de violencia, como permitirles que se expresen conmigo o que busquemos ayuda para lograr su bienestar desde cualquier aspecto” (Luz, agosto de 2021).

Además de esto, las madres participantes manifestaron la importancia de crear una red de apoyo donde se puedan generar acciones de información desde la reivindicación con ellas mismas, desde la generación de acciones de recuperación y de sanación precisamente a través de la charla y del arte.

4.2. Discusión desde Trabajo Social

El Trabajo Social como profesión y disciplina de las ciencias sociales, bajo su actuar a partir de la identificación de situaciones de desigualdad social, cumple un papel importante en la búsqueda de bienestar de las personas y comunidades basado en los principios de defensa de los derechos humanos y de la justicia social, en aras de combatir la desigualdad social y situaciones de violencia, entre otras (Federación Internacional de Trabajo Social [FITS], como se citó en CONTS, 2019). De esta manera, la violencia obstétrica como un fenómeno social perpetuado y legitimado a lo largo de la atención desde la concepción hasta el puerperio, y basado en las desigualdades históricas de género, constituye una oportunidad para el Trabajo Social de ampliar su campo de estudio y de intervención de tal forma que responda a otras realidades sociales, especialmente a aquellas que siguen siendo normalizadas; esto implica inicialmente una necesidad de comprenderla y visibilizarla a partir de procesos investigativos

que den cuenta de las diferentes perspectivas del fenómeno, reconociendo aquellos actores que se encuentran inmersos en ella.

Cabe resaltar el papel del trabajador social en la formulación de políticas públicas, para las cuales es necesaria la presión y visibilización del sector popular que expresa sus necesidades y demandas, con el fin de que el Estado garantice respuestas acordes a sus condiciones, por esto es de vital importancia que esta problemática social empiece a ser expuesta no solo desde el ámbito profesional, sino también desde toda mujer que de alguna u otra manera ha experimentado malas prácticas o agresiones durante su gestación, parto o puerperio. Por tal motivo el Trabajo Social debe aportar desde procesos socio-educativos con familias, grupos y comunidades, al empoderamiento de la ciudadanía y organizaciones sociales, en donde se fomente el rol activo y el desarrollo pleno de los actores en el ámbito de la salud, brindando herramientas para el reconocimiento de derechos y deberes en lo que compete especialmente a la reproducción y la maternidad.

Lo anterior por medio de la promoción de los mecanismos de participación ciudadana en salud, reconocidos por medio del Decreto 1757, en donde establece la importancia de las asociaciones de usuarios como agrupaciones de afiliados que tienen derechos a utilizar sus servicios de salud y por tanto velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS) como espacios de concertación entre el Estado y la Comunidad en temas concernientes a la salud, y la veeduría ciudadana como un mecanismo democrático que permite a los ciudadanos u organizaciones ejercer vigilancia sobre la gestión pública. Dichos mecanismos constituyen un espacio importante de participación para cada una de estas mujeres y madres, no solo desde lo individual, sino también desde la organización colectiva, pues permite la representación de las voces de las usuarias ante las autoridades en lo que respecta a las necesidades de mejora frente a la calidad

de los servicios obstétricos, visibilizando y posicionando la violencia obstétrica como una problemática social y de salud pública.

De esta manera, se aporta al proceso de formulación de políticas públicas que son necesarias para hacerle frente a estas problemáticas sociales desde el enfoque de género y de derechos humanos, entendiendo el primero según la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (s.f), como la oportunidad de “hacer visibles y explícitas las desigualdades e inequidades que se configuran en las relaciones sociales en especial aquellas que se establecen entre hombres y mujeres” (p. 9); y el segundo como el que permite reconocer a las mujeres como “ciudadanas con un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; que son indivisibles, universales, interdependientes e irrenunciables, (...) partiendo del reconocimiento de la situación histórico de exclusión, opresión y desigualdad que históricamente han vivido las mujeres” (p.9). De esta manera es pertinente aportar en la formulación de políticas sociales que respondan a las necesidades de las madres durante la atención obstétrica en Colombia y que garantice el trato humanizado para las futuras gestantes, propendiendo por el derecho a una vida libre de violencias para las mujeres y al acceso a servicios de salud de calidad.

Según lo estipulado en la Resolución 3280, durante la atención del trabajo de parto y el parto la madre debe recibir apoyo físico, emocional y psicológico por una persona de confianza o por un profesional capacitado para ello (MinSalud, 2018), dando apertura a la intervención de diversos profesionales, incluido el trabajador social, quien desde su rol en el ámbito de la salud puede generar aportes desde la profesión para el abordaje psicosocial de las diversas situaciones a partir de la escucha cualificada, la gestión de recursos y la orientación en el acceso a otros servicios. Es así como se puede velar por el acompañamiento y apoyo a esta población con el fin de que sea escuchada, contribuyendo a que la mujer en situación de vulnerabilidad

durante la atención rompa con la normalización de dichas prácticas deshumanizadas, y que sea posible el fortalecimiento de la relación entre las madres y el personal de salud que presta el servicio.

Dando cumplimiento al llamado de ser profesionales capacitados para poder brindar el apoyo psicosocial durante la atención obstétrica, resaltan iniciativas realizadas por trabajadores sociales en otros países como EEUU y Canadá en donde existe la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Perinatales (The National Association of Perinatal Social Workers), la cual se compone de un grupo de profesionales que “ayudan a las personas, las familias y las comunidades a responder a los problemas psicosociales que surgen durante el período que va desde antes del embarazo hasta el primer año de vida de los bebés” (s.f), lo anterior teniendo en cuenta los diversos procesos de adaptación a las nuevas etapas que viven las mujeres y sus familias, lo que permite que los trabajadores sociales perinatales se desenvuelvan en diversos entornos desde el apoyo y asesoramiento tanto en los ámbitos hospitalarios como en los comunitarios. En concordancia con lo expuesto, el Trabajo Social Colombiano tiene un camino amplio de posibilidades para el abordaje de problemáticas tales como la violencia obstétrica, lo cual implica repensar el papel de la profesión especialmente en los ámbitos de la salud y los derechos humanos, ampliando la atención de otras necesidades latentes de la sociedad en pro de la resignificación de los procesos de vida.

Capítulo 5. Consideraciones finales

En el presente apartado se encuentran las reflexiones y consideraciones finales conformado por las conclusiones, recomendaciones y los logros del proceso de investigación.

5.1. Conclusiones

- La violencia obstétrica se compone de un entramado de violencias presentes durante la atención de la gestación, parto y puerperio, dentro de las cuales las manifestaciones más visibles son las físicas, verbales, psicológicas e institucionales; sin embargo esta es una violencia naturalizada e invisibilizada pues toma como base las relaciones de poder construidas socialmente a partir de representaciones, significados y discursos empleados para mantener el orden social, lo que permite que se legitime desde los cimientos de la violencia simbólica y estructural.
- Estas violencias se reproducen día a día en la atención de los servicios obstétricos dados los modelos desactualizados en la atención de los partos basados en visiones androcéntricas y patriarcales en donde la mujer no es una interlocutora, pues no ocupa un lugar igualitario dentro de la relación establecida, siendo excluida incluso en lo que concierne a los saberes y prácticas sobre su propio cuerpo, por tal motivo se dota de control a otras estructuras sociales para tener el completo dominio de los cuerpos de las mujeres, configurando subjetividades femeninas basadas en la obediencia y la pasividad.
- En medio de las relaciones de poder se constituyen diferentes escenarios de resistencia creados por las mujeres con el objetivo de lograr su autonomía a partir del reconocimiento de lo que la madre quiere y cree merecer, por tanto inicia una búsqueda de acciones en defensa de derechos durante el parto, desde donde el grito, el reclamo, la oposición, y la toma de conciencia, cobran sentido, pues es aquí en donde se empieza a romper la identidad tradicional impuesta a la mujer la cual sólo concibe relaciones

basadas en la obediencia y la pasividad, y se da paso a un despertar emancipatorio en donde la mujer es capaz de crear condiciones más dignas de existencia sin renunciar a sus propios ideales y principios.

- Pese a que algunas madres no logran realizar acciones de resistencia en el momento inmediato del parto dadas las condiciones de hostilidad en la que son atendidas, muchas de ellas a partir de su experiencia y teniendo como base el respeto a su dignidad, identifican y proponen una serie de iniciativas que están dispuestas a ejercer en otra posible experiencia de parto, iniciando por un reconocimiento de derechos como paciente, como mujer y como madre, con el objetivo de ejercerlos y defenderlos; asimismo se identifica como práctica de libertad la búsqueda de información sobre las instituciones y personal cualificado para la atención de sus partos basados en modelos actualizados; además de contemplar otras opciones de parto no institucionales en donde se reivindican los conocimientos femeninos frente a los cuidados en salud desde el papel de la doula y la partera, rompiendo con los patrones culturales que le han negado la posibilidad de pensar que existen otras formas de vivir y de comprender el parto, dejando de lado el control social impuesto durante la atención obstétrica basado en el miedo y la intimidación.
- La experiencias violentas de parto pese a dejar repercusiones significativas tanto a nivel físico como psicológico en las madres, dan apertura a procesos de resiliencia desde donde las mujeres se reconstruyen, encontrando estrategias de sanación para resurgir y transformarse a partir de los aprendizajes sobre la vivencia y la desnaturalización de los eventos violentos, lo que contribuye a un despertar emancipatorio de las mujeres a partir de un proceso de reflexión y de introspección que les permite encontrarse y conocerse a sí mismas.

- Por medio de estos procesos de subjetivación se da lugar a nuevas subjetividades que permiten la transformación de la perspectiva sobre ser mujer y ser madre, y por tanto, posicionarse desde una perspectiva distinta a la socialmente asignada, esto es posible por medio del conocimiento de sí mismas, lo cual incluye el reconocimiento de lo que se está y no se está dispuesta a permitir en una posible experiencia de parto, así como también de lo que se es capaz, de sus debilidades, fortalezas, y de lo que se debe dudar, permitiendo concebirse a sí mismas como sujetos políticos que tienen capacidad de decisión sobre sus procesos, sobre sus cuerpos, pero sobre todo sobre sus maternidades.
- A partir de la reflexión realizada y de los aprendizajes obtenidos por la misma, se fortalece el papel como sujeto político de la mujer no solo desde el cuidado de sí misma, sino también desde el cuidado del otro bajo la búsqueda del bien común, motivo por el cual identifican una serie de iniciativas individuales con el fin de propender por la defensa de los derechos reproductivos en la atención obstétrica de las mujeres de sus contextos inmediatos, empleando estrategias de sensibilización con el objetivo de visibilizar la violencia obstétrica como algo frecuente en las instituciones de salud, dando a conocer la experiencia y los aprendizajes adquiridos, participando en diferentes espacios académicos, proponiendo espacios de escucha y atención a mujeres que han pasado por la misma experiencia, e incluso concientizando a profesionales o futuros profesionales sobre la necesidad de que desde su rol aporten a la promoción de partos y maternidades respetadas que rompan con la infantilización, el maltrato y la humillación que comúnmente se vive en la atención de los servicios obstétricos.
- El Trabajo Social tiene el reto de contribuir desde un enfoque de género y derechos humanos a la disminución de las brechas de acceso a la salud reproductiva que experimentan día a día las mujeres y sus familias durante la atención obstétrica, siendo importante realizar intervenciones no solo desde lo individual sino también desde lo

comunitario/colectivo en donde se dé apertura a espacios para brindar herramientas en defensa de sus derechos desde la participación ciudadana, de manera que se logre contrarrestar esta forma de violencia no solo desde la sensibilización a la mujer quien es la directamente afectada, sino también a sus acompañantes como red de apoyo fundamental.

5.2. Recomendaciones

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y al programa de Trabajo social

- Es necesario que desde la Universidad se actualice la malla curricular, dando apertura a la inclusión de componentes temáticos que son fundamentales para el actuar profesional en temas como Derechos Humanos, la cual actualmente se encuentra como componente electiva y por tal motivo, no garantiza que todos los estudiantes puedan verla dentro de su formación profesional.
- Fomentar la participación a otros espacios de investigación que permitan conocer otras realidades distintas a las que generalmente son abordadas desde la línea de investigación sociedad y cultura, reconociendo otras problemáticas latentes que den la oportunidad de capacitarse para responder a realidades actuales y que permitan ampliar las posibilidades de actuación en diferentes campos profesionales.
- Es importante que desde el Programa de Trabajo Social se amplíen los espacios de prácticas académicas enfocado al abordaje de problemáticas sociales desde un enfoque de género, teniendo en cuenta el papel fundamental del Trabajo Social en la atención y prevención de la violencia de género, de tal manera que se logre dar visibilidad a otras formas poco comunes de violencia que siguen afectando a la sociedad en general en los diferentes contextos.

A los/as estudiantes de Trabajo social y los/as profesionales de Trabajo Social

- Repensar el papel del Trabajo Social desde el ámbito de la salud con un enfoque de derechos humanos, aportando al trabajo interdisciplinar para la sensibilización sobre las distintas formas de violencia ejercidas en los procesos de atención en salud, de tal manera que se contribuya a la actualización profesional dando acceso a la mujer y a su familia a una atención basada en modelos humanizados.
- Aportar en la visibilización de problemáticas que permitan la formulación de políticas públicas respondiendo a las necesidades latentes de las madres y las familias en la sociedad en torno a temas relacionados con el parto, la lactancia, la maternidad y la crianza, los cuales han sido relegados únicamente a la mujer; por tal motivo como Trabajadores Sociales se requieren de propuestas basadas en una perspectiva de género teniendo en cuenta las violencias simbólicas y estructurales que permean la sociedad ante estos temas.
- Es importante realizar acciones educativas y de participación social con las comunidades en pro de la promoción de los derechos humanos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos que actualmente son los más desconocidos, para de esta manera contribuir a la prevención e identificación de los diferentes tipos de violencia, así como también brindar las herramientas necesarias desde los mecanismos de participación en salud para que se realicen los debidos procesos.
- Desde el trabajo con grupos y comunidades es importante generar espacios de educación y formación con el fin de crear conciencia sobre las distintas formas de violencia presentes en la sociedad, rompiendo con la normalización e invisibilización que perpetúan a las mismas, generando espacios de potencialización de capacidades de las madres y sus familias a partir del reconocimiento de derechos, empoderamiento y la capacidad de agencia ante las diversas situaciones que le garanticen la oportunidad de tomar libres decisiones sobre sus partos, crianzas y maternidades.

- Iniciar otros procesos investigativos que permitan seguir explorando la violencia obstétrica desde sus diversas aristas haciendo presente el sentido social, teniendo en cuenta que ante este tipo de violencia no se han generado mayores aportes desde la profesión.

A la Fundación MamaInformada

- A la fundación se recomienda seguir ampliando la red comunitaria de madres que las siguen en sus diferentes redes sociales mediante la divulgación de información clave para la comprensión del fenómeno de la violencia obstétrica, y las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres en el momento de sufrir dichas situaciones durante la atención de sus partos, de tal manera que se contribuya a contrarrestar la problemática a partir de la información.
- Seguir generando alianzas con diferentes actores promotores de parto humanizado y defensores de derechos sexuales y reproductivos para la creación de contenido informativo, teniendo en cuenta el público amplio y variado que conforma la comunidad, ayudando a la difusión y al reconocimiento de estos temas invisibilizados.
- Brindar otros escenarios de apoyo a las madres y a sus familias, no solo enfocados en la lactancia sino también a lo relacionado con la gestación, parto y puerperio, generando redes de escucha y acompañamiento de las mujeres durante estas etapas, dando respuesta a la misionalidad de la institución.

A las mujeres en general

- A cada mujer se recomienda el reconocimiento del poder de la información no solo frente a su cuerpo y a sus procesos, sino también frente a sus derechos y a cada uno de los ámbitos que interactúan con ella, permitiéndole tomar decisiones desde la información y no desde el miedo, de tal forma que le sea posible alcanzar el pleno

disfrute y goce de sus procesos. De esta manera, aporta al ejercicio de su ciudadanía, saliéndose del rol de víctima, para concebirse como sujeto político que tiene capacidad de decisión sobre su maternidad.

5.3. Logros investigativos

- Concertación de espacio el día 8 de noviembre con la Fundación MamaInformada y otros profesionales como abogados, ginecólogos y doulas, para la realización de un conversatorio virtual sobre violencia obstétrica y derechos reproductivos, desde una mirada interdisciplinar, en donde se presentaron los resultados de la investigación.

Invitados:

- Hernán Aramendíz Ghisays Ginecobstetra
- Laura Camila Garzón Enfermera profesional y doula
- Camila Bonilla Abogada co-fundadora Lilas.

Conversatorio Online: Hablemos de Violencia Obstétrica

Resultados de la investigación con el apoyo de la fundación MamaInformada:

T. S. (e) Nicoll Alexandra Martínez Ospina
T. S. (e) Ginna Paola Delgado Coronado

Resistir pariendo: Iniciativas de mujeres gestantes, parturientas y puerperas en la lucha por la reivindicación de sus derechos reproductivos durante la atención obstétrica. De la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

8 de noviembre 6pm
Fan page en Facebook MamaInformada

MamaInformada transmitió en vivo.
8 de noviembre a las 15:07

Hablemos sobre violencia obstétrica #MamaInformada

RESISTIR PARIENDO: INICIATIVAS DE MUJERES GESTANTES, PARTURIENTAS Y PUÉRPERAS EN LA LUCHA POR LA REIVINDICACIÓN DE SUS DERECHOS REPRODUCTIVOS DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

999 reproducciones

Me gusta Comentar Compartir

A Nelly Ramos, Karen Jimenez, Maria Del Carmen Aguirre y 27 personas más les gusta esto.

48 veces compartido

DIRECTO 39

Tatiana Navarro

Verónica Plata

Nicoll Martínez

esta primera investigación donde la Fundación... violencia Obstétrica y Derechos Reproductivos en Colombia



- Divulgación de piezas comunicativas desde el Museo de la Mujer, en donde se publicaron aspectos claves sobre la violencia obstétrica, reconociéndola como una forma de violencia de género.



1/3

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, es un **trato deshumanizador, abuso de medicalización** y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad

- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

EJEMPLOS DE VIOLENCIA

- Impedir movilidad de la madre durante el trabajo de parto
- Negar la posibilidad de estar acompañada por alguien de confianza
- Realizar procedimientos sin el consentimiento de la madre
- Críticas por demostrar dolor o miedo durante el parto: “tranquilízate o te atamos”



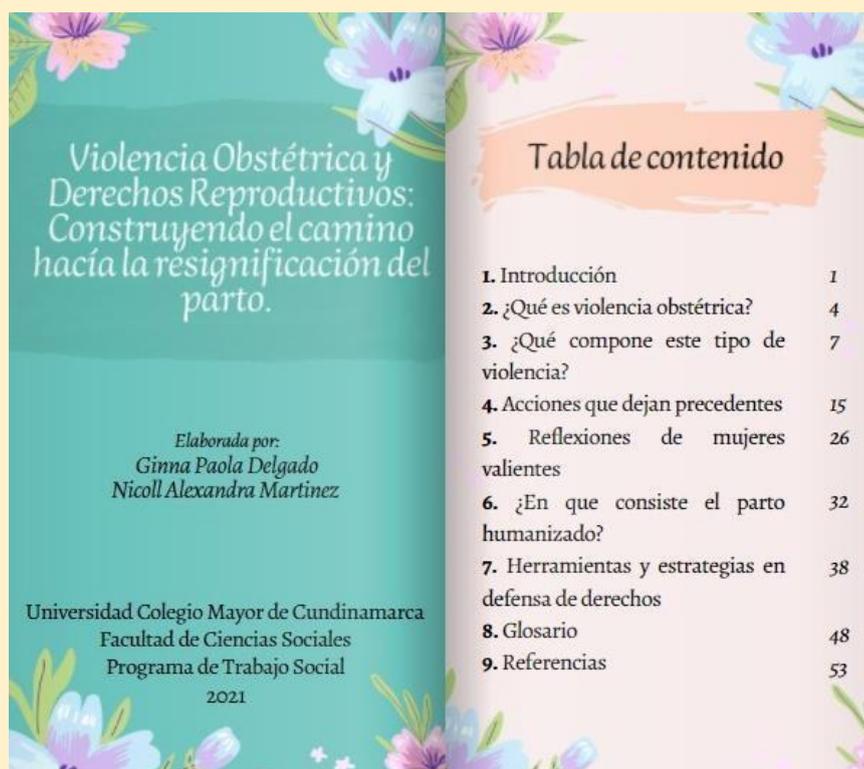
museodelamujercolombia La #ViolenciaObstétrica se expresa de diferentes maneras, que por normalización de procedimientos o tratos en el sistema de salud, no son tan visibles.

Se presenta violencia física, psicológica y verbal y se evidencia en llevar a cabo procedimientos médicos sin consentimiento, la falta de confidencialidad, la violación a la privacidad, entre otros.

La invitación es a hacer visible este tipo de violencia que afecta la calidad de vida de las madres.

Créditos: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martínez. Estudiantes de Trabajo Social de la Unicolmayor.

- Realización de una cartilla como producto a la Fundación MamaInformada que sirva como estrategia pedagógica para la reivindicación, visibilización y reflexión ante este tipo de violencia contra las mujeres. Lo anterior teniendo como base los resultados de la investigación realizada, asimismo, se incluyen otros conceptos y temas claves para facilitar la comprensión de este fenómeno. Se puede acceder a la cartilla por medio del siguiente link: <https://es.calameo.com/read/00689446012ee4bdd2b6b>



- Participación en la convocatoria *Centro de Documentación Digital de Violencia contra las Mujeres* dirigido por el Museo de la Mujer, por medio de la cartilla realizada como producto a la fundación.

Centro de documentación digital de
**Violencia
contra las
Mujeres**

Centro de
Documentación Digital

Cierre de la
convocatoria
30
septiembre 2021

UNIVERSIDAD COLEGIO
MAYOR DE CUNDINAMARCA

Convocatoria Centro de documentación digital de VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios

Referencias

- Afonso Presilla, É. M. y Nobalbo Aguilera, Y. T. (2012). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Humanidades Médicas*, 12(2), 252-261. <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/212/140>
- Albertín, P. (2016). Subjetividades tejidas e historias de violencias de género y procesos migratorios: Lugares liminales de transformación. *Revista Psicoperspectivas*, 15(1), 66-78. <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171043532008.pdf>
- Arango, J., Molina, D., Mejia, C. y Faneyra, L. (2018). La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477006/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477006/)
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Berrio, M. (2020). “Los caminos de la llegada”: El parto humanizado y las rutas de la gestación y el parto en el municipio de Jardín, Antioquia. [Tesis de maestría, Universidad de Antioquia] Repositorio UdeA. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14177/1/BerrioMonica_2020_CaminosLlegadaParto.pdf
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Hora S.A. <https://issuu.com/2robertodomi/docs/el-interaccionismo-simbolico-perspe>

- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales*. Editorial Norma.
- Britos, C. y López, S. (2016). *El poder del parto: la violencia obstétrica desde los aportes del trabajo social reflexiones sobre la realidad argentina* [Tesis Pregrado, Universidad Complutense de Madrid].
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/el_poder_del_parto_tfg_clara_britos_y_sara_lopez.pdf
- Campo, A. y Giraldo, L. (2015). Empoderamiento de la mujer y construcción del sujeto político a partir del cuidado del otro y de sí mismo. *Revista Gestión y Región*, (19), 73- 94
<https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionyregion/article/view/396/397>
- Campoy Aranda, T. J. y Gomes Araújo, E. (2015). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. En A. Pantoja Vallejo (coord.). *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación*. (pp. 273-300). EOS.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=499550>
- Casas, J. (2018). *Factores psicosociales incidentes en la permanencia de estudiantes en la facultad de ingeniería de la Universidad de Antioquia, Sede Medellín*. [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Biblioteca Digital UdeA.
http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15936/1/CasasJudy_2018_FactoresPsicosocialesIncidentes.pdf
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/con141g.pdf>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2016). *Boletín CONAMED - OPS: El acto médico: error y mala praxis* (5).
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/acto_medico.pdf

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*.
<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdyytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87>
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. (1993). *Declaración y programa de acción de Viena*. https://www.ohchr.org/documents/events/ohchr20/vdpa_booklet_spanish.pdf
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital [CONPES D. C]. (2021). *Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030*.
https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019). *Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y reglamento interno del comité de ética*.
<https://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/wp-content/uploads/2019/10/Codigo-de-Etica-2019.pdf>
- Consejo Presidencial para la Equidad de la Mujer. (s.f). *Guía para la construcción de Políticas Públicas para el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de oportunidades*.
http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/cajaherramientas2018/CH2018_Guia-Policas-Publicas.pdf
- Constitución Política de Colombia . Art. 43. 5 de octubre de 2021 (Colombia).
<http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
- Decreto 1757 de 1994. (1994, 3 de agosto). Presidencia de la República de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=21850
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022*.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>

Durán, M. (2019). Persecución y re-significación de lo popular y femenino en el mercado de la salud en Chile y Argentina 1850-1900. *L'Ordinaire des Amériques*.

<https://journals.openedition.org/orda/4839?lang=es#quotation>

Eva Rose Birth [@evarosebirth]. (2020, 12 de febrero). This was such an empowering hospital birth!. [Fotografía]. Instagram.

https://www.instagram.com/p/B8exVULlqWV/?utm_medium=copy_link

Eva Rose Birth [@evarosebirth]. (2020, 23 de febrero). The moment you've been longing for.

[Fotografía]. Instagram.

<https://www.instagram.com/p/B87JPdJA1s3/?igshid=1mamzyytnki53>

Eva Rose Birth [@evarosebirth]. (2020, 26 de febrero). This is how we meet 2021 my dear followers! Empowered and positive. [Fotografía]. Instagram.

https://www.instagram.com/p/CJRqvjkjgMJz/?utm_medium=copy_link

Eva Rose Birth [@evarosebirth]. (2020, 12 de julio). The moment she realized how close she was to finally have him in her arms. [Fotografía]. Instagram.

<https://www.instagram.com/p/CCjcXJPgvJ9/?igshid=1b7bqzo7rh8bz>

Eva Rose Birth [@evarosebirth]. (2020, 30 de noviembre). Did you give birth during the pandemic?. [Fotografía]. Instagram.

<https://www.instagram.com/p/CIOfGg2guTL/?igshid=f9i27omqx78a>

Ferrari, M. (2017). La resistencia como práctica que posibilita la subjetivación. Un acercamiento al concierto-ritual de música de resistencia. *Revista Anagramas*, 15(30), 143-164.

<http://www.scielo.org.co/pdf/anrg/v15n30/1692-2522-anrg-15-30-00143.pdf>

Fignoni, A. (2013). *Rock y resistencia. Música y dictadura en Argentina. Una historia no oficial*. Universidad de Guadalajara.

Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia. (s.f). *Derechos sexuales y reproductivos*.

https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/INFOGRAFIA_DSR_WEB.pdf

Fondo de población de las Naciones Unidas. (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.*

https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Foucault, M. (1999). *Estética, Ética y hermenéutica.* Paidós Básica.

https://proletarios.org/books/Foucault-Obras_esenciales_3.pdf

Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. En H. Dreyfus, y P. Rabinow (eds.). *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 241-259). Ediciones Nueva Visión.

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber.* Siglo veintiuno editores.

https://seminariolecturasfeministas.files.wordpress.com/2012/01/foucault_michel-historia_de_la_sexualidad_i_la_voluntad_de_saber.pdf

Fundación MamaInformada [FMI]. (s.f.). *Quiénes Somos.*

<https://fundacionmamainformada.org/quienes-somos/>

Fundación MamaInformada [FMI]. (s.f.). *MamaInformada Comadres.*

<https://fundacionmamainformada.org/mamainformada-comadres/>

García, E. (2018). *La Violencia Obstétrica Como Violencia De Género.* [Tesis de Doctorado Universidad Autónoma de Madrid] Repositorio UAM.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1

Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) Metodología de la investigación. McGraw

Hill Education. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Jojoa-Tobar, E., Chuchumbe-Sánchez, Y., Ledesma-Rengifo, J., Muñoz-Mosquera, M., Paja-

- Campo, A. y Suárez-Bravo, J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 51(2), 135-146.
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335>
- Jort, S. (2021). *II Seminario Internacional sobre Violencia Obstétrica: de la violencia a la evidencia* [seminario web]. Universitat Jaume I.
<https://www.youtube.com/watch?v=qjRifcdc-E4&feature=youtu.be>
- Katayama, R. (2014). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Ley 51 de 1981. (1981, 2 de junio). Congreso de la República. Diario Oficial, 1981-07-07.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0051_1981.htm
- Ley 1257 de 2008. (2008, 4 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.193.
https://www.oas.org/dil/esp/ley_1257_de_2008_colombia.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/05/politica.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Resolución 603280 de 2018.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos 2014-2021*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (s.f). *Transversalización del enfoque de género*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Transversalizacion-del-enfoque-de-genero.aspx>
- Moreno, P. y Guzmán, K. (2017). *Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/39672>
- Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. (s.f). *Opciones de parto en Colombia*. <https://www.movimientossr.com/parto-respetado-en-col>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Ortiz, Y. y Falla, U. (2013). Reflexiones en torno al aporte de los fundamentos epistemológicos de las ciencias sociales al trabajo social: contribuciones a los procesos críticos y propositivos en la praxis profesional. *Revista Tendencias y Retos*, 18(2), 41-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929327>
- Penagos, V. (2016). *Mujeres en Resistencia*. Centro Nacional de Memoria Histórica. <https://centrodememoriahistorica.gov.co/mujeres-en-resistencia>
- Pons, X. (2020). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: Una revisión histórica. *EduPsykhé* 9(1), 23-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Proyecto de Ley. (2017). Congreso de la República. <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyect>

[os%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf](https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1988-proyecto-de-ley-191-de-2020)

Proyecto de Ley. (2020). Congreso de la Republica

[http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-](http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1988-proyecto-de-ley-191-de-2020)

[2021/1988-proyecto-de-ley-191-de-2020](http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1988-proyecto-de-ley-191-de-2020)

Puertas, D. (2019). *“Tocó a la fuerza”*, Contexto y caracterización de la violencia obstétrica en la población de San Pablo, Sur de Bolívar. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad

Javeriana]

Repositorio

Javeriana.

[https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/44866/TESIS%20FINAL-](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/44866/TESIS%20FINAL-2019%20-STEPHANIE%20PUERTAS.pdf?sequence=4)

[2019%20-STEPHANIE%20PUERTAS.pdf?sequence=4](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/44866/TESIS%20FINAL-2019%20-STEPHANIE%20PUERTAS.pdf?sequence=4)

Restrepo, A., Rodríguez, D. y Torres, N. (2016). *“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. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio Javeriana.

[https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezD](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[aniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rivera, D. (2020). *Estudio de la violencia obstétrica: una noción invisible en el marco jurídico y jurisprudencial de la responsabilidad médica en Colombia*. [Tesis de pregrado,

Universidad Autónoma de Bucaramanga] Repositorio UNAB.

[https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11929/2020_Tesis_Dann](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11929/2020_Tesis_DannaCarolinaRivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[a_Carolina_Rivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11929/2020_Tesis_DannaCarolinaRivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rivera, L. y Burgos, A. (2021). Disfunción sexual femenina 6 meses postparto y su relación con la episiotomía en dos hospitales de IV nivel en Bogotá, 2020. [Tesis de posgrado,

Universidad del Rosario] Repositorio URosario.

[https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31935/Trabajo%20Final%20](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31935/Trabajo%20Final%20DSF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[DSF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31935/Trabajo%20Final%20DSF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez, P. y Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la

- mujer. El caso de Tenerife. *Revista MUSAS: Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2).
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.4>
- Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf>
- Sánchez, M., Fernández, M. y Díaz, J. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procedimientos realizado por el investigador cualitativo. *UISrael*, 8(1). 113-128. <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/400/197>
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Editorial CLACSO.
- Secretaría Distrital de Planeación [SDP]. (s.f). *Estratificación socioeconómica*.
<http://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/preguntas-frecuentes>
- Secretaría Distrital de Salud. (2014, 14 de julio). Resolución 1709 de 2014.
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Resoluci%C3%B3n%201709%20CRITERIOS%20Y%20PAUTAS%20QUE%20DEBEN%20CUMPLIR%20IPS%20ATENCIÓN%20MATERNA.PDF>
- Tarrés, M. (2001). Reseña de "Los dominados y el arte de la resistencia" de James Scott. *Estudios Sociológicos*, 19(3), 857-860. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59805713>
- The National Association of Perinatal Social Workers [NAPSW]. (s.f). *What is a Perinatal Social Worker?* <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>
- Tobón, L. (2020). *Maternidades sur-versivas: cartografías de los cuerpos nacientes y parientes*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia] Repositorio UNAL.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76126>

- Trujillo, S. (2011). Resiliencia: ¿Proceso o capacidad? Una lectura crítica del concepto de resiliencia en 14 universidades colombianas. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 4(1), 13-22.
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4905105.pdf>
- Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio Javeriana.
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135>
- Vallana, V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud*, 17(especial), 128-144.
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
- Vargas, V., González, L. y Hernández, N. (2009). Constitución de sujeto político: historias de vida política de mujeres líderes afrocolombianas. *Revista Universitas Psychologica*, 8(3), 639-652. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n3/v8n3a5.pdf>

Anexos

Anexo A. Cronograma de actividades

| CRONOGRAMA GENERAL | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Año 2021 | Meses | | | | | | | | | | |
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov |
| Determinación del tema y revisión bibliográfica | | | | | | | | | | | |
| Construcción de Antecedentes | | | | | | | | | | | |
| Definición de situación a investigar | | | | | | | | | | | |
| Planteamiento de objetivos | | | | | | | | | | | |
| Justificación de la investigación | | | | | | | | | | | |
| Realización de marcos de referencia | | | | | | | | | | | |
| Construcción de diseño metodológico | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de instrumentos | | | | | | | | | | | |
| Implementación metodológica | | | | | | | | | | | |
| Transcripción de la información | | | | | | | | | | | |
| Análisis e interpretación de la información | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del producto final | | | | | | | | | | | |
| Conclusiones y recomendaciones | | | | | | | | | | | |
| Entrega de informe final | | | | | | | | | | | |
| Correcciones del informe final | | | | | | | | | | | |
| Sustentación del proyecto | | | | | | | | | | | |

Anexo B. Consentimientos de participación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y fecha: _____

Investigación: *Resistir Pariendo: Iniciativas De Mujeres Gestantes, Parturientas Y Puérperas En La Lucha Por La Reivindicación De Sus Derechos Reproductivos Durante La Atención Obstétrica*

Yo, _____ manifiesto que recibí una explicación clara y completa del proceso de investigación, por lo cual, autorizo el acceso a mis vivencias y experiencias durante los procesos de gestación, parto y puerperio, a través de actividades que se desarrollarán durante varias semanas, donde se elaborarán dibujos, cartas, cuestionarios, reflexiones, y demás, que permitirán a las investigadoras Ginna Paola Delgado Coronado y Nicoll Alexandra Martinez Ospina, conocer más de mi experiencia, teniendo en cuenta que toda esta información se utilizará solamente con fines académicos.

Todos los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente, puesto que los datos recopilados de este proyecto son llevados anónimamente y los resultados personales no estarán disponibles para terceras personas. Además, la participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, en cualquier momento se está en la autonomía de retirarse.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido en su totalidad.

Firma y Documento de Identidad

Anexo C. Preguntas por categoría

| Categoría deductiva | Subcategoría deductiva | Preguntas |
|----------------------|---------------------------|--|
| Violencia obstétrica | Experiencias de violencia | <p>¿Qué procedimientos me practicaron y cuáles de ellos me parecieron injustificados o innecesarios? ¿Considero que en mi experiencia de parto se respetaron los tiempos y las posibilidades del parto biológico? ¿Considero que se me garantizó una cesárea respetada e informada?</p> |
| | | <p>¿Qué recuerdos tengo respecto al trato que me prestó el personal de salud durante la atención obstétrica? ¿Cómo me sentí frente a los conocimientos médicos?, ¿De que manera percibí la relación entre el personal de salud y yo como paciente durante la atención de mi parto?, ¿Que pienso sobre el rol del personal de la salud durante la atención en el parto?, Según mi experiencia ¿Cómo defino el acto de parir? ¿Qué papel tuve en mi proceso de parto?</p> |
| | | <p>En el lenguaje que empleó el personal de salud para referirse a mi ¿pude identificar irrespeto, burlas o amenazas?, ¿Fui criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?, ¿En algún momento se me impidió expresar mi opinión o pensamiento frente a algún proceso durante la atención?</p> |
| | | <p>¿Recuerdas haber sido informada sobre todas las prácticas realizadas en el parto? ¿Tuve dificultades para manifestar mis miedos e inquietudes porque no me respondían o lo hacían de mala manera?, , ¿En algún momento el personal de salud me hizo sentir culpable por los resultados del parto?, ¿Sentí que no era comprendida o escuchada por parte del personal de la salud?, ¿Dentro del proceso de parto fueron tenidas en cuenta mis decisiones y las de mi familia?</p> |
| | | <p>¿Durante la atención al parto fui discriminada en razón de edad, etnia, condición socioeconómica o raza?</p> |
| | | <p>¿Se me impidió estar con un acompañante de confianza? ¿Cómo describo la calidad de la atención al llegar a la entidad de salud? ¿Sentí en algún momento que la institución limitó mis derechos? ¿Se permitió la entrada de practicantes o de otras personas sin mi consentimiento? ¿Qué pienso sobre las políticas institucionales en la atención del parto?</p> |

| | | |
|-------------|--------------------------------|--|
| Resistencia | Iniciativas de resistencia | <p>¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz? ¿Qué acciones realicé para garantizar el respeto de mis derechos reproductivos? ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica? ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica? ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto? ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?</p> |
| | Nuevas formas de subjetivación | <p>¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví? ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica? ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme? ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mi misma y al entorno? ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos? ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto? ¿Exterioricé mis pensamientos sobre mis vivencias? ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto? ¿Qué estrategias utilicé para sanar?</p> |
| | | <p>¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica? ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica? ¿Participo en diferentes espacios para visibilizar la vulneración de derechos en la atención obstétrica? De acuerdo a tus reflexiones, ¿que le dirías hoy a una gestante primeriza? ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia? ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informen y protejan a otras mujeres frente a las situaciones de violencia? ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?</p> |

Anexo D. Instrumentos de recolección de información

EL TRÁNSITO DE UN CUERPO PARIENTE

Teniendo en cuenta los siguientes elementos, responde las preguntas orientadoras realizando cartografías corporales a partir de las cuales podrás reconstruir y reconocer la experiencia propia de parto, empleando un espacio de reflexión basado en la escucha, el silencio, la escritura y el dibujo.

- *Cuerpo mente:* Este cuerpo fue pensado como un cuerpo mental que se alimenta y se construye desde lo que nos han dicho y enseñado, desde los diferentes discursos e historias que provienen de nuestras familias, del barrio, de las instituciones educativas y médicas, de los medios de comunicación; habla de la educación erótico-afectiva que recibimos y las experiencias que acompañaron la construcción de nuestras ideas alrededor del parto y de la maternidad.

Preguntas:

- ¿Cómo me sentí frente a los conocimientos médicos durante la atención obstétrica?
- ¿De qué manera percibí la relación entre el personal de salud y yo como paciente durante la atención de mi parto?
- ¿Qué pienso sobre el rol del personal de la salud durante la atención en el parto?, -
Según mi experiencia ¿Cómo defino el acto de parir?
- ¿Qué papel tuve en el proceso de mi parto?

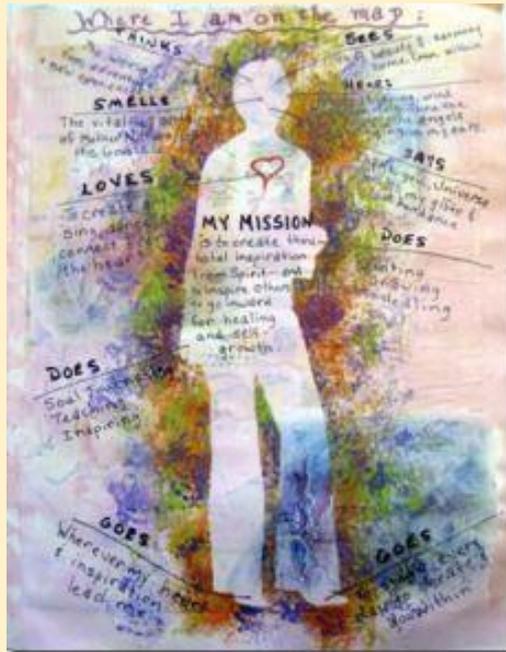
- *Cuerpo físico:* Este cuerpo nos habla de las experiencias tangibles, de lo físico. Este cuerpo abarca las experiencias de parto hospitalarios, la preparación que tuviste y cómo viviste el nacimiento de tu hija y/o hijo en la entidad de salud.

Preguntas:

- ¿Qué recuerdos tengo respecto al trato que me prestó el personal de salud durante la atención obstétrica?

- ¿Qué procedimientos me practicaron y cuáles de ellos me parecieron injustificados o innecesarios?

-De acuerdo al tipo de parto que tuve ¿Considero que en mi experiencia de parto se respetaron los tiempos y las posibilidades del parto biológico? ¿Considero que se me garantizó una cesárea respetada e informada?



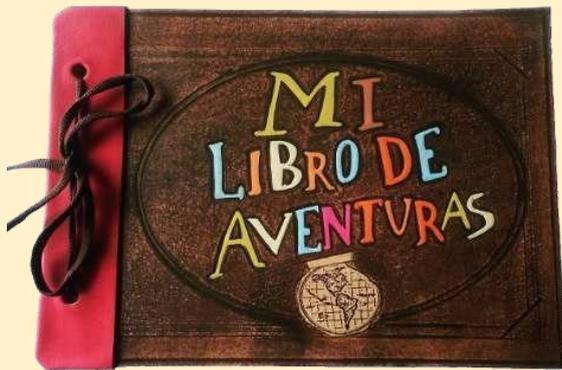
ANECDOTARIO DE UNA MAMÁ

Narra y describe tu experiencia de parto creando una historia a partir de las siguientes preguntas, donde te permitas revivir los sentimientos, pensamientos y emociones de ese momento; para ello puedes crear un libro y decorarlo libremente, de tal manera que permita reflejar los aspectos más significativos de tu experiencia.

Preguntas:

- ¿Recuerdo haber sido informada sobre todas las prácticas realizadas en el parto?
 - ¿Tuve dificultades para manifestar mis miedos e inquietudes porque no me respondían o lo hacían de mala manera?

- ¿En algún momento el personal de salud me hizo sentir culpable por los resultados del parto?
- ¿Sentí que no era comprendida o escuchada por parte del personal de salud?
- ¿Dentro del proceso de parto fueron tenidas en cuenta mis decisiones y las de mi familia?
- En el lenguaje que empleó el personal de salud para referirse a mi ¿pude identificar irrespeto, burlas o amenazas? ¿de qué manera?
- ¿Fui criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
- ¿En algún momento se me impidió expresar mi opinión o pensamiento frente a algún proceso durante la atención?



EN TUS ZAPATOS

Lee detenidamente el siguiente caso, da una opinión sobre la situación y escribe qué harías si fueras Martha. Posteriormente responde según tu experiencia las preguntas que se encuentran al final.

Martha Liliana Cortés es abogada y administradora de edificios. Tuvo a su primera hija en enero del 2012. Tenía 28 años y estaba casada, pero no estaba en sus planes tener un bebé. Ahora, entre sus dos niñas y el trabajo tiene poco tiempo.

Hace siete años, en su semana 39 de embarazo, se presentó a un chequeo en la institución que su EPS le había asignado. Llego sin dolor, pero con la tensión alta, por lo que le dijeron que iba a tener una cesárea y había que inducirle el parto para evitar una preeclampsia. “Lo primero que me hizo sentirme vulnerable, maltratada, es que no me dejaron despedirme de mi esposo”, cuenta Martha mientras espera en los juzgados de Bogotá para hacer unas diligencias.

Ella explica que en el cuarto de chequeo la desnudaron y le quitaron todas sus cosas, que caminó desnuda y sin ayuda por un pasillo hasta llegar a una sala donde había otras 18 mujeres. Recuerda que las camillas estaban tan cerca que el doctor no podía pasar entre ellas. Se subió a una sin ayuda, le dieron un medicamento y preguntó qué era, pero dice que no le respondieron. Pasó toda la noche en esa sala.

A las 6 a.m. Al día siguiente le dijeron que debía romper fuente. Un médico le hizo un tacto vaginal brusco y, al quejarse ella de dolor, dice que la regañó. Pasaron luego otros ocho o nueve estudiantes de medicina a hacerle un tacto cada uno. A los 15 minutos llegó una enfermera y le rompió la fuente, las contracciones se volvieron muy dolorosas y así

estuvo hasta las 3 p.m. Nadie le dio nada para el dolor y recuerda que las otras mujeres también gritaban.

Cuando estaba lista para ingresar al quirófano, se encendió una alerta de código rojo en el hospital y todo el personal de salud se fue. Martha dice que el cuarto quedó solo. Ella, a pesar de que iba a cesárea, sintió la sensación de pujar y cuando regresaron las enfermeras, su bebé ya estaba en el canal de parto. Faltaban un par de pujadas más, pero en la transición al quirófano, quizás por miedo, piensa Martha, no pudo hacerlo más. La niña no salía y le dijeron que se podía ahogar. La doctora insertó sus dos manos y sacó al bebé.

A su hija se la llevaron a revisión y no pudo verla. A ella la pasaron a cirugía. Se levantó cuatro horas más tarde con una reconstrucción total de vagina y cuello uterino. “Volviste a quedar como virgen”, cuenta Martha que le dijo de un médico después de su operación. Luego se enteró de que había tenido un desgarro y prolapso en el cuello uterino y 17 rasgaduras vaginales. En la sala de cuidado vio a lo lejos la incubadora de su bebé, que reconoció por la ropa. Pidió verla y le dijeron que no. Pasó dos días en el hospital y seis meses en recuperación.

A pesar de ser abogada, Martha nunca denunció. No tenía conocimiento sobre la VO y pensaba que lo que había vivido era algo normal. Para su segundo parto, su esposo pagó un ginecoobstetra particular. Estuvo acompañada por su marido en una sala individual y al final, consintió a la bebé en su pecho.

Fuente: Levy, G. (2019, junio 16). Tenemos que hablar de violencia obstétrica. Cero Setenta.

<https://cerosetenta.uniandes.edu.co/tenemos-que-hablar-de-violencia-obstetrica/>



Preguntas:

- ¿Qué pienso sobre las políticas institucionales en la atención del parto?
- ¿Se me impidió estar con un acompañante de confianza?
- ¿Cómo describo la calidad de la atención al llegar a la entidad de salud?
- ¿Sentí en algún momento que la institución limitó mis derechos?
- ¿Se permitió la entrada de practicantes o de otras personas sin mi consentimiento?
- ¿Durante la atención al parto fui discriminada en razón de edad, etnia, condición socioeconómica o raza?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
2021-II



Entrevistadoras: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martinez

Fecha:

Hora:

N° de entrevista:

a. Prácticas Éticas

1. ¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz?
2. ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica?
3. ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica?
4. ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto?
5. ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?

b. Cuidado de sí

6. ¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví?
7. ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica?
8. ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme?
9. ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mí misma y al entorno?
¿De qué forma?
10. ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos?
11. ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto?
12. ¿Expresé mis pensamientos sobre la vivencia?
13. ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto?
14. ¿Qué estrategias utilicé para sanar?

c. Cuidado del otro

15. ¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?
16. ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica?
17. De acuerdo a tus reflexiones, ¿qué le dirías hoy a una gestante primeriza?
18. ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia?
19. ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informan y protegen a otras mujeres frente a las situaciones de violencia?
20. ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?

Anexo F. Actividad Anecdótico



Anexo G. Actividad estudio de caso

1- Me parecían muy estrictas por que en esos momentos es donde más queremos acompañar, esto y apoyo

2- (Si estaba totalmente sola)
Si estuve totalmente sola y me sentí como una persona abandonada y vulnerable

3- no se me impidió que pocas veces lo pusieron en mi pecho pero me preocupé porque el niño no lloraba al preguntar del porque no lloraba la respuesta fue muy grosera

4- mala gestión me creían que el bebé iba a nacer pronto me traían entre las malas para que no revisaran y me atendieran

1 Pienso que falta más información acerca de que es un parto Respetado y Humanizado, en el sistema de salud solo les interesa que al bebé nazca lo más pronto posible, no hay importancia por el sentir de la madre. Por las preferencias frente a las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de esta maravillosa proceso, no hay organización en cuanto a los "protocolos" que tienen en los diferentes hospitales del sistema de salud, los cuales son demasiado antiguos y desactualizados. NO hay información acerca de la violencia obstétrica.

2 Totalmente, esto es una "REGLA PROHIBICIÓN" en mis 2 partos me fue prohibido estar con alguien de confianza.

3 Con mi primer parto, me apartaron de mi bebé por más de 20 minutos, con mi segundo parto NO, me dejaron a mi bebé en mi vientre por lo menos 20 minutos.

4 MALE Totalmente, desde el ingreso le están diciendo a uno que NO a todo, NO puedes estar con acompañante, NO puedes comer nada, NO puedes tomar agua, NO te puedes levantar.

5 Totalmente Limitada.

- En mi última experiencia no me dejaron comer o beber algo por 1 día y medio, al primer día por estar en trabajo de parto, según ellos NO podía comer ni beber agua, y al día siguiente a la obstetra se le olvidó sea la pasó a disminuir mi dieta alimentaria y...

En tus zapatos

Creo que no hubiese permitido que 45 personas hicieran el tacto, hubiese preguntado mis dudas, hubiese llorado y si no más leyéndolo me da miedo, no me imagino viviéndolo

1. ¿Qué pienso de las políticas institucionales de atención del parto?
Las políticas pueden estar escritas y sonar muy bonitas pero muchas veces los médicos y enfermeras no las cumplen. Creo que a veces se trata más de la persona y sus valores y su ética profesional.

2. ¿Se me impidió estar con un acompañante de confianza? Yo tuve la posibilidad de estar acompañada todo el tiempo por mi mamá.

3. ¿Se me impidió el contacto inmediato entre madre e hijo?
No, apenas nació lo pusieron un momento en mi estómago por unos minutos.

4. ¿Cómo describo la calidad de la atención al llegar a la entidad de salud?
Fria, muy rutinaria, espere 3 horas para ingresar al ginecólogo que me recibió se limitó a hacer un ingreso y pasarme a una habitación.

1.

1. Considero que las políticas están un poco desactualizadas, cada profesional hace lo que desea, no hay una coherencia entre lo que hacen los profesionales en la misma institución atendiendo al mismo paciente. Poco se tiene en consideración lo que los papás sobre todo la mamá desea, su comodidad y tranquilidad.

2. En mi caso, no pude estar con mi pareja durante un tiempo del trabajo de parto por falta de comunicación del personal. Si bien si era permitido, a nosotros no nos avisaron para que entrara, hasta que yo pregunte en que momento podía acompañarme. Falto comunicación y atención por parte del personal.

3. Si tuve contacto inmediato con mi bebé por unos minutos, luego debieron llevarla a hacerle los chequeos de rutina, lo cual yo sabía y entendía perfectamente, a los chequeos el papá fue con la bebé todo el tiempo.

Anexo H. Transcripciones de entrevistas



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
2021-II



Entrevistadoras: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martinez

Fecha: 13 de agosto de 2021

Hora: 8 pm

N° de entrevista: 1

a. Prácticas Éticas

1. ¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz?

No, yo llegué a las 7 am, me dijeron que me dejaban y que me iban a inducir el parto por que llegué con la tensión alta, me dejaron por preeclampsia severa, ellos hacen y no preguntan ni dice ni nada, no me preguntaron nada, me dijeron no se puede parar, no se puede mover, no puede hacer nada, entonces literalmente tirada en la camilla.

2. ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica?

Realmente en el momento en que me dicen que tengo preeclampsia me asuste y yo como que hagan lo que tengan que hacer porque me preocupaba mi bebé, yo me sentía bien, no estaba ni agitada, ni cansada, pues los dolores de parto normales. Pero si me asusté cuando me dijeron no es que tiene preeclampsia severa, ya había tenido una experiencia con mi mamá cuando tuvo mi hermano, a ella le dio preeclampsia y la dejaron hospitalizada como 20 días, le dijeron a mi papá como "nos toca mirar si se salva la señora o el bebe", entonces yo tenía esa idea de que eso pasa en la preeclampsia, yo dije no pues yo los dejo que hagan lo que tengan que hacer.

3. ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica?

Yo pensaba era solo en mi bebé, en que el parto fuera lo mejor, rápido, un buen parto, pero este parto fue bastante duro.

4. ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto?

En mi primer parto no me informaron de los procedimientos, yo pensé que era muy normal que lo cogieran a uno y le hicieran una episiotomía, a mí no me informaron que me iban a hacer episiotomía y me la hicieron, ya después con el tiempo fue que me di cuenta que eso no era tan normal. Ahorita en el segundo me deje hacer de todo porque me pusieron hasta la inyección epidural en la espalda porque el dolor ya era muy fuerte, ni siquiera me preguntaron la quiere, sino que llegó el anestesiólogo y me dijo mamá dese la vuelta, firme acá y me la puso. Eso tampoco lo permitiría, el tema es que lo cogen a uno como en el momento más vulnerable del proceso de parto, uno ya está desesperado con el dolor, el miedo de que le pase algo al bebe, la atención no es personalizada porque hay muchas más mamás.

5. ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?

Realmente en este momento no quiero tener más bebes porque ya tengo dos niñas y pues la situación en el país y a nivel mundial no está como para más bebes, pero yo creo que, si Dios me enviara otro bebe porque realmente ya no quiero planear otro bebe, si buscaría como una medicina prepagada o algo así para tener una mejor experiencia.

b. Cuidado de sí

6. ¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví?

Si, pero en ese momento en el que uno está literalmente para parir es muy vulnerable, se juntan las cosas, lo cogen a uno vulnerable, con miedos y dolores entonces prácticamente uno se deja, pues confía en los médicos entonces uno se deja, que hagan lo que tengan que hacer.

7. ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica?

Me di cuenta porque a mí me internaron a las 7 am del 19 de diciembre y eran las 11 del 20 y la ginecóloga se le olvido autorizarme dieta para comer, yo duré más de 24 horas sin comer, entonces tampoco me dejaban llamar, no tenía mi celular para llamar a alguien a que me trajera algo de comer y tampoco me ayudaron, una pasante de auxiliar de enfermería estaba pasando a revisar y le dije lo que estaba sucediendo, me dijo toma y te regalo un minuto y así fue como me pude comunicar con mi esposo. Realmente estaba que me moría del hambre, dando pecho, todo el proceso de parto y solo me dieron un sorbito de agua, no me dejaron comer a pesar de que la comida la llevaron, pero no me dejaron comer. Ni siquiera me dijeron vea acá está su comida, pero uno se da cuenta porque les reparten a todas las mamás y yo ahí esperando. Una enfermera me dijo ‘‘puede tomar un poquito de agua, pero solo un poquito porque si la ven tomando mucha agua me van a regañar’’, eso fue todo lo que tomé en el proceso de parto de mi hija. Después de que la tuve me pasaron la bolsa con el almuerzo y

tenía una gelatina y ya, esa fue toda la comida, y al otro día a la ginecóloga se le olvidó autorizarme la dieta del desayuno.

Entonces yo empecé a preguntar por qué no me dan desayuno, y cuando entró mi familiar que entró casi a las 12, ella fue y preguntó en la central de enfermería, ella estaba muy brava y dijo “como no le van a dar de comer si ella acaba de tener un bebé”, y la enfermera le dijo “ay señora no se ponga de mal genio, pero es que a la ginecóloga se le olvidó autorizar la dieta, y si no le autorizan la dieta a ella no le van a dar el desayuno”. Y ahí me di cuenta que las cosas no concordaban, que si había violencia obstétrica en ese parto de mi bebé. Y le dijo la enfermera a mi familiar “tráigale harta agüita para que pueda dar pecho”.

8. ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme?

Me di cuenta que tenía el derecho y el deber de hablar y decir que era lo que yo prefería en mi parto porque era mi parto, pero realmente también está condicionado de que como es EPS, no es seguro entonces no le dan a uno la opción de que uno elija, sino es como lo que está dentro del régimen y ya. Si me hubiera gustado más hablar, de que tengo este plan de parto, pero me asuste mucho cuando me dijeron que tiene preeclampsia severa.

Yo envié un correo preguntando si ellos tenían, porque ellos en la página tienen como el letrero que dice que tienen parto humanizado, yo investigue que era parto humanizado, sé que es con un plan de parto, que permiten acompañamiento, que respetan las decisiones de la mamá y resulta me contestaron el correo que en este momento por pandemia no se deja entrar al papá al parto, entonces yo le respondí que eso no es un parto humanizado y no me volvieron a contestar, entonces yo dije ¿pero yo... yo que más hago? porque es que uno en la EPS le dan a uno como dos opciones de clínica, entonces estaba el SJI y la del Olaya, y yo le tenía yo más fe al SJI.

Por eso me anime a participar en lo que ustedes están haciendo porque realmente yo digo pues si ahorita están algunas leyes pues deben de hacerse cumplir y entre más mamás evidencien lo que han pasado puede que otras futuramente no pasen lo mismo que uno ya pasó. Se necesita mucha información y conocimiento porque realmente uno de mamá no sabe el tema, por ejemplo, yo no sabía... con el tema de la lactancia me dio muy duro entonces empecé a buscar, a investigar que pasa porque me duele tanto y me di cuenta que hay muchas mamás que sufren del tema y por eso abandonan la lactancia, pero si uno no sabe del tema prefiere no sentir el dolor.

Y al médico también le hace falta mucha información porque lo que le dicen a uno el pediatra es no mamá si le duele tanto póngale fórmula, entonces también les hace falta mucha información a los médicos. Para ellos les queda más fácil decirle a uno “no mamá vaya compre un tarro de leche”, a que me envíen unas órdenes y me hagan un acompañamiento cuando la EPS tiene que gastar dinero y recursos para atenderme, que es lo que sucede.

9. ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mí misma y al entorno? ¿De qué forma?

Si porque me veía como más débil, soy muy floja para los dolores entonces me veía como que ay dios no voy a poder, pero creo que si soy más fuerte en ese sentido.

10. ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos?

Si claro, totalmente porque uno empieza a ir 20 días antes del parto a citas cada 8 días, yo me empecé a notar muy inflamados los pies y obviamente le pregunté a la ginecologista que me atendía si eso era normal y ella me decía que eso era normal porque tenía mucho peso, entonces yo le creí a la ginecologista cuando resulta que el día que llegue al último control que fue cuando tuve a mi bebe me dijeron no es que usted tiene preeclampsia y tiene los pies demasiado inflamados, yo le preguntaba a la ginecóloga que me llevaba los controles antes del parto y me decía que era totalmente normal por el peso de la bebé. Entonces uno pierde la confianza en el profesional porque si yo no hubiera ido ese día ¿qué hubiera pasado conmigo y con mi bebe donde hubiera avanzado más la hipertensión?, donde no se hubiera podido controlar entonces... eso es lo que realmente uno se pone a pensar.

11. ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto?

Si porque la percepción que yo tenía era que lo más importante es él bebe, me refiero al proceso, no importa el proceso como sea, pero tiene que nacer bien él bebe, si a la mamá se desgarran, si la mamá le duele, si tiene o si no tiene no importa, lo que importa es el nacimiento del bebe. Pero después que uno lee e investiga y tiene el apoyo de los grupos que uno ve ahorita gracias a las redes sociales, pues se informa más, entonces se da cuenta uno que también importa la mamá que importa el sentir que ella tiene, el dolor.

Hubo un momento donde me acuerdo que una de las residentes me cogió de la mano y la profesora llegó y dijo no se deje coger por que la aprieta muy duro, no se deje coger, entonces eso es como menospreciando a la mamá, no puede coger al médico, o sea tengo un dolor pues respete mi dolor. Ya al momento que iba a nacer mi bebe pues obviamente, yo soy super gritona, empecé a gritar terriblemente y ella empezó a decirme ‘‘cállese que me está asustando a las otras mamás’’, y entonces yo más duro gritaba porque realmente es mi dolor y ella no sabía qué era lo que yo estaba sintiendo en ese momento.

Es que parir a un bebe es fuertísimo, y mi segundo parto fue durísimo. El primero a pesar de la episiotomía y que no me informaron fue algo rápido y no tan doloroso como mi otra bebe, entonces yo decía eso no es normal, los partos no son iguales, pero tampoco debe ser tan terrible que uno termine traumatizado y no quiera volver en la vida a tener otro bebe o que uno se entere que está embarazada y piense de todo menos en tenerlo.

12. ¿Expresé mis pensamientos sobre la vivencia?

Fue después, como 3 meses después de haber tenido al bebe, porque yo me desgarré entonces el dolor, a eso sumarle que mi lactancia fue difícil porque mi bebe me greteo los senos demasiado y tuve problemas hasta los 6 meses de mi hija, entonces me intentó dar depresión porque me la pasaba llorando, me daba mucho desespero ver a mi bebe llorar y yo con el miedo de meterle el seno en la boca porque me dolía, entonces en el momento que pasaron esas cosas no lo identifique como tal, fue tiempo después y después uno dice ya para que.

Yo le contaba a mi mamá y a mi esposo, a él fue el que le conté bien todo el tema con pelos y señales.

13. ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto?

Si creo que sí, ya no es tan duro hablar del tema.

14. ¿Qué estrategias utilicé para sanar?

Empecé a leer mucho del tema, empecé a leer que eso no debían hacerlo, que no fue culpa mía, ellos decidieron hacerlo de esa manera, eso fue lo que más me decía yo a mí misma porque finalmente donde pase algo la culpa es de la mamá, entonces yo pensaba y decía ya una vez que empecé a leer y a informarme y a seguir páginas de partos humanizados, información acerca de lactancia, de todo este tema, entonces ya uno empieza a entender que no es normal pero son experiencias con las cuales uno puede ayudar a más personas.

c. Cuidado del otro

15. ¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

Si, no a todo el mundo vivo contándole, pero si a las personas cercanas que en este momento están embarazadas, que acabaron de salir de un parto, que están en proceso de lactancia, trato de que el conocimiento que he adquirido y lo que he leído transmitírsele y que también se informen, que también lean. Hace poco me pasó en la empresa donde trabajo, hablando de temas que salen, me preguntaron y me dijeron en serio le vas a dar pecho a tu bebe hasta los 2 años y le dije sí, máximo hasta los 2 años yo pretendo, y me dijo no eso a los 2 años ya es pura agua, eso está científicamente comprobado, y yo le dije vuelva a leer lo que ya leyó, vuelva a leer esas investigaciones y salí y me fui porque me da malgenio que hablen como de lo que no saben muy bien.

16. ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica?

Contar la experiencia mía, es la única que veo en el momento que puedo hacer. Ahorita lo que estoy haciendo con ustedes me parece muy bueno.

17. De acuerdo a tus reflexiones, ¿qué le dirías hoy a una gestante primeriza?

Primero que lea mucho sobre el tema porque si uno no tiene conocimiento no puede exigir realmente nada, pero ya uno teniendo el conocimiento adecuado pues uno tiene argumentos. No tanto buscar la clínica sino la información e indagar más con los médicos porque ellos yo siento que no saben del tema, no saben que es un parto humanizado y respetado, creo que el concepto no es claro.

18. ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia?

De violencia obstétrica no, tengo conocimiento más que todo de lactancia, pero de violencia obstétrica no.

19. ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informan y protegen a otras mujeres frente a las situaciones de violencia?

No, estuve asistiendo pero en apoyo a la lactancia.

20. ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?

No, no tengo ni idea, yo pensé que eso es algo que quedaba en el aire, que sí existe, pero no se denuncia, no se pone queja, se habla del tema, pero no sabía que si había restricciones para cuando pasa ese tipo de cosas.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

2021-II



Entrevistadoras: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martinez

Fecha: 14 de agosto de 2021

Hora: 9 am

Nº de entrevista: 2

a. Prácticas éticas

1. ¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz?

Si, pero no me creyeron ¿sabes?, en la tarde se bajó la frecuencia cardiaca de la niña, me di cuenta porque medianamente sé, les preguntaba que pasaba y me decían que no pasaba nada que no era nada que todo era normal, lo mismo fue cuando me dijeron que la niña venía “meconiada” a penas escuche eso casi me vuelvo loca, empecé a gritar a llorar, pedí cesaría con el miedo de que le podía pasar algo, y yo a eso atribuyó las enfermedades pulmonares con las que quedó ella posterior, pero solo me gritaron que era un meconio grado 1 y que no iba a haber ninguna cesaría, que me callara. Hubo muchas cosas de las que no me di cuenta, me enteré fue porque me contó mi mamá, y solo me gritaban que no fuera tan gallina y floja, entonces frente a las acciones con tu cuerpo no te dejan por más que seas enfermera o prepagada no te dejan, les importan 5, la ginecobstetra solo quería irse a dormir antes de la media noche. Finalmente, no decides tu.

2. ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica?

Super pasiva, sabes, no sé si sea la personalidad la que influya, pero yo debí quejarme y decir no me dejen y no me dejón, uno se vuelve totalmente sumiso y pasivo por miedo a que digan esa vieja es un fastidio y trátenla mal.

3. ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica?

¡Ay! a mí me dio miedo ¿saben? y me sentí sola, porque tampoco podía decirle a mi mamá no permita esto ni a aquello porque ella se afanaba más, entonces era esa soledad y esa importancia de que es todo esto, que va a pasar con mi hija, entonces es miedo e importancia de no poder hacer nada.

4. ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto?

Que me traten mal, que me griten y que no me expliquen, yo creo que lo más importante es el respeto, yo creo que uno no es un número más, sino que es una mamá, paciente, un bebé una familia que necesitan unas explicaciones, uno debe dejar de ser sumiso y pasivo y decir, me respetan como persona y como paciente.

5. ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?

Después yo dije, no yo no quiero esto, no solo por el parto sino durante todo el embarazo, porque venía con un componente psicológico fuerte de depresión. Pero ahora pienso en buscar más alternativas, junto con mi pareja hemos pensado en buscar más opciones, como una dula.

6. ¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví?

Si, claro uno tiene en el post como, no tan bruta, porque no dije esto, porque no hable, porque me quede callada, pero sabes también siento que es una actitud pasiva de las mujeres en general, de que todo es normal, y uno no se queja ni habla, lo único que hice fue no volver nunca más por allá donde esa ginecobotetra.

b. Cuidado de sí

7. ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica?

Me di cuenta desde el momento en el que no pude decidir y fue un acto completamente violento.

8. ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme?

Esto a mí me saco cosas no tan buenas, viene un periodo de depresión y ansiedad bien difícil, porque hasta la autoestima se pierde, porque viene la culpa, es como un duelo, lo digo porque me sentí vulnerada, yo no me encontré, no fue fácil, ya que uno con la hija pues debe “pilotearlo”, pero apenas ahora he empezado a sanar y hablar, hasta ahora empecé a tratar con medicación la depresión, para mí fue difícil todo lo que pasó en el transcurso del embarazo y parto.

9. ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mí misma y al entorno?

Digamos que fue una situación bien fuerte de vulnerabilidad y desconocimiento, se transformó en menos autoestima y sentimiento de culpa, de oiga, fue culpa mía no tuve fuerza para pujar, la niña quedó hospitalizada y pues tu permitiste eso siendo enfermera, yo me estaba volviendo loca con el tema, demasiada inseguridad.

10. ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos?

Sí la afectó, realmente en los cursos profilácticos te dicen muchas cosas que son mentira y se quedan en el papel, eres un número más y te venden que un parto humanizado es dejar que la mujer entre con un acompañante y ya, realmente no puedes decidir, pasas de pensar que el parto es un acto de amor a darte cuenta de que para ellos no es más es un procedimiento clínico del día a día.

11. ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto?

Totalmente, porque es que asumimos un rol de sumisión de si me maltratas no importa, es lo que tengo que asumir porque es lo que toca cuando quieres ser mamá, finalmente piensas es porque me lo merecía.

12. ¿Exterioricé mis pensamientos sobre mis vivencias?

No, no, porque la gente te mira raro, como ¿tu violencia obstétrica? No lo creo, la gente de alguna manera cree que la violencia obstétrica solo es tratar mal, solo decir malas palabras. Estamos completamente deshumanizados.

13. ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto?

Yo creo que hasta ahora estoy empezando, con este ejercicio, de hablarlo, de pensarlo, entonces hasta ahora empiezo ese proceso, realmente sanar todo eso y de autoestima.

14. ¿Qué estrategias utilicé para sanar?

Yo creo que primero esos ejercicios que ustedes nos pusieron que son muy bonitos, también pues con la terapia, leyendo y buscando alternativas, llevando el proceso con otras actividades o talleres, con la autoimagen y la sanación a través del maquillaje que me encanta, estoy buscando es eso, sanar desde la experiencia de otras mujeres y no tanto desde lo clínico.

c. Cuidado del otro

15. ¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

Si, pero trato de hacerlo de otra manera porque las mamás se asustan, desde la academia es un poco más fácil, pero trato de decirle que se asesore, que exija que le expliquen qué pregunté, con los estudiantes les digo que a las mamás es decirles todo como es, hablar explicar, ver con humanización a esa persona que está totalmente vulnerable.

16. ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica?

Dentro de mi círculo no lo he visto, nadie lo ha expresado, son comentarios más ligeros y menos profundos, es super normalizado se queda ahí en la conversación.

17. ¿Participo en diferentes espacios para visibilizar la vulneración de derechos en la

atención obstétrica?

No, no.

18. De acuerdo a tus reflexiones, ¿qué le dirías hoy a una gestante primeriza?

Creo que es importante que busque información, o alternativas para formar tu cuerpo y preparar tu cuerpo para el momento del parto. Además de pedir y exigir respeto de conocer los derechos y así mismo ejercerlos.

19. ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia?

No, es la primera vez que lo veo así, lo que he visto es que lo asumen mucho con el feminismo y esas cosas radicales. Con el post de ustedes dije super chévere voy a hacerlo.

20. ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informen y protejan a otras mujeres frente a las situaciones de violencia?

No, lo poco que he visto es de políticas institucionales.

21. ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?

No, yo la verdad desconozco completamente.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

2021-II



Entrevistadoras: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martinez

Fecha: 14 de agosto de 2021

Hora: 8 am

N° de entrevista: 3

a. Prácticas éticas

1. ¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz?

No, empezando por que no me dejaban ni salir de la situación, la movilidad era muy reducida para ayudar al proceso de parto, y ‘ya en el momento del parto está uno amarrado y no hay nada que hacer, y además que hay tanta normalización de los pequeños actos de violencia que uno queda como adormilado, llega un momento en que uno ya no sabe qué más hacer, y uno dice me pongo furiosa pero y si al niño le pasa algo, me resisto pero entonces qué tal que-... entonces está tan anclado en la normatividad y en todo que uno siente que no tiene ni siquiera derecho hablar, entonces uno dice bueno ya, entonces dejemos fluir, que decidan ellos por mi’ (...). ‘mientras estemos en la institución no vamos a tener ni voz ni voto (...)’’. Pero, así como que haya sentido que tenía como esa confianza para yo poder decir, hablar, expresar, no la sentí.

2. ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica?

Respirando y procurando confiar, yo no soy la más católica, pero soy fiel creyente en la virgencita y en los ángeles, entonces mientras ellos hablaban, porque eso si estaban en un chisme buenísimo, yo solamente rogaba a Dios que mi chiquito saliera bien y ya, que todo se fuera dando rápido para yo poder ir a estar lo más pronto posible con mi chiquito.

3. ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica?

Yo me sentí furiosa conmigo misma, con ganas de gritar, pero sin tener la voz para hacerlo, entonces una impotencia absoluta, y siempre la culpa le está hablando a uno detrás, no se exalte tanto. Con ganas de gritarles a todos y decir que así no son las cosas, o sea porque normalizan estas vainas. Además de pronto si hubiera estado con mi esposo en ese momento él hubiera podido hablar por mí, pero estando sola pues la vulnerabilidad es mucho más grande,

Con una rabia con todo el personal médico, pero también conmigo misma, y tratando de buscar el centro, pero con la culpa encima.

4. ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto?

Que me induzcan el parto, y ya ha sido muy conversado con mi esposo, siempre dije no voy a dejar que me induzcan el parto y finalmente deje que me indujeran el parto, además he aprendido que estas cosas hay que mencionárselas al doctor antes de tiempo, o sea durante el proceso de gestación, entonces esa es otra cosa, si hay algo con el ginecobstetra que no me termine de convencer, que me ponga en duda, creo que en ese momento cambiaría de profesional, así me demore los nueve meses encontrando el profesional con el que sienta esa conexión y esa tranquilidad de que se van a respetar mis deseos o que va a ser tan honesto y tan claro que no va a permitir que otros sanitarios irrespeten mi cuerpo y mi proceso, así

termine en otra cesárea. Si tengo que vivir otra cesárea y no puedo hacer un parto vaginal que por lo menos sea explicado que realmente sea necesaria, yo creo que viene como desde ahí, desde la comunicación, desde sentirse completamente tranquilo con la persona que le va a atender el parto, si hay algo que no me cuadra me iría para otro lado.

5. ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?

Sí, completamente, nosotros hemos pensado seriamente tener un segundo bebé, pero incluso yo me fui con mis controles con mi ginecóloga y dije de pronto no es la ginecóloga, es la institución, evidentemente la ginecóloga hace lo que dice la institución. Dije definitivamente toda la institución está totalmente desactualizada entonces no voy más por este lado, y buscando otras opciones, sé que un parto vaginal después de cesárea es una opción, además cuando se lo mencione a la doctora me dijo pues si puede pasar, pero el 60% de las mujeres terminan en cesárea igual, o sea como ‘ay mejor ni lo considere’. Entonces he tratado de buscar otras alternativas que estuvieran dentro del plan de la prepagada, hay una doctora, pero pues esa doctora, mejor dicho, tenía que montarme en un plan más caro, porque es que depende mucho de la institución. Y ella me lo explicaba, me decía yo he atendido partos en clínica de la mujer y es muy difícil un parto humanizado por las mismas políticas de la institución. Pero para mí si es una opción y si es lo que quisiera, además porque siento que de repente podría ser un momento como para sanar.

6. ¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví?

Claro, siempre, y creo que desafortunadamente va a ser un cuestionamiento de siempre porque yo siempre pregunto qué tal si, qué tal si yo hubiera mandado a la mierda a esa vieja hijuemadre que me atendió desde el principio y me hubiera devuelto para la casa y hubiera esperado mi trabajo de parto en la casa, que tal si cuando la doctora me dijo ven y te ponemos oxitocina yo hubiera dicho no señora y me hubiera parado, están todas las posibilidades porque hoy no sé qué hubiera pasado. Pero obviamente sí me cuestiono mucho eso mismo de por qué no grité.

b. Cuidado de sí

7. ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica?

Yo creo que en el mismo momento en que estaba pasando, para mí el momento más chocante fue la entrada en urgencias, yo decía esto no es normal, a mí no me tienen por qué dar un tacto así, no tienen por qué no darme la información sino estar hablando entre ellos, todo fue como una película, como si estuviera pasando y yo la estuviera narrando, pero como que no tenía voz, ni fuerza. Uno ya después piensa ‘pero ¿por qué no hablé’, pues porque no tenía voz, pero si usted sabía lo que estaba pasando, pues si, pero ¿y qué hacía?, me querían internar en una clínica donde además había un virus que uno ni sabía que estaba pasando, estaba sola

sin mi esposo con un virus. Pero desde ese primer momento, yo chateaba con mi hermanito y él me decía Diana cálmese, yo estaba escribiendo todo lo que estaba pasando, pero no lo podía expresar.

8. ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme?

Pues de repente esa experiencia de parto me dejó ver que soy un poco más insegura de lo que yo creía, como que a veces me sentía yo más empoderada y en ese momento cuando me sentí completamente anulada dije y donde quedo la supuesta berraquita que va hablando por sí misma. Ahí quedé yo, pero también dije tenemos que afrontar, dije esto fue, así fue, he seguido buscando estrategias para sanar y en esa continuo y cada vez es seguir y procurar ser más empoderada en mis procesos y tener una mayor comunicación con mi marido en cuanto a mis deseos, pero ahí me sentí como ‘y en donde quedó mi fuerza’.

9. ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mí misma y al entorno?

Transformarme a mí misma si por el mismo hecho de volverme madre y de alguna manera de volverme madre de una manera en la que no me imaginaba que iba a ser, o sea yo me imaginaba mis contracciones, me imaginaba esa conexión, hoy en día me siento con más empoderamiento para poder hablar de estas cosas, yo soy consciente que lo que yo sufrí de violencia obstétrica no fue una cosa gravísima, eso no lo hace menos violento, pero sé que hay mujeres que pasan por cosas muchísimo más graves, pero por eso dije voy a participar en esta investigación por que es que hay que hablarlo, entonces hay que darle voz, hay que mostrarlo porque esto si está pasando, y hay muchas mujeres que les pasa y es como ‘ay pues es lo normal’, incluso la misma mujer piensa que el acto de parir tiene que pasar por encima de ella misma y es normal porque pues es el médico el que lo está diciendo, entonces en eso si me siento como que fue una fuerza interna de tengo que hacer algo por las mujeres, tenemos que visibilizar esto de alguna manera, enfocada bastante desde la lactancia, pero si, es que la mujer tiene derecho a conocerse a sí misma, entonces en ese punto de vista para mí fue muy transformador, mucho más activista me volví en este tema.

10. ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos?

No, yo sabía que esto pasaba, sabía que esto podía pasar, y sigo creyendo que parir tiene que ser un acto sublime, la manera como llegué al mundo el bebé tiene que poderse celebrar de una manera sublime, eso lo pensaba antes y lo sigo pensando, y creo que ahora lo pienso incluso con más fuerza. Y se estas estadísticas, uno dice es que hay microviolencias que afectan también, sé que el personal sanitario en Colombia le falta mucho, está muy desactualizado en muchas cosas, me sorprendió la CM más por el nombre porque uno espera que la CM fuera una clínica mucho más pro mujer y no lo es, eso fue una desilusión grande porque de CM no tiene nada, se preocupa por todo menos por la mujer. Lo otro ya lo sabía,

lo viví, pero sigo pensando que tiene que haber un cambio y que vivir un parto tiene que ser algo bonito y sublime.

11. ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto?

No cambió la percepción, creo que me di cuenta que es necesario que la mujer entienda, que la mujer se informe y que la mujer sepa realmente de que somos capaces, de que podemos confiar en el personal médico y que la medicina existe por algo y los avances médicos son importantes y salvan vidas, pero que es necesario que cada vez nos empoderemos más con nuestro cuerpo.

12. ¿Exterioricé mis pensamientos sobre mis vivencias?

De alguna manera con mi esposo, pero no más, para él también fue triste no ver nacer a su bebé y tener que esperar como 4 horas sin saber nada de nosotros. Yo lo he llorado y le he dicho de repente no con tantas palabras como se los he expresado a ustedes, pero él ha estado muy al tanto de esto.

13. ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto?

No, para mí siguen quedando... todavía hay lágrimas cuando lo pienso, además a veces pienso mucho ¿y esto al niño que le pudo haber generado?, esa separación inminente de su mamá en el momento del parto, a él que le pudo haber quedado. Yo a él le hablo mucho y le cuento que no fue que nosotros lo hubiéramos abandonado, o sea que fue así como pasó pero no fue porque sus papas no lo quisiéramos, ni lo hubiéramos querido coger y no hubiéramos querido ese piel con piel eterno que hubiéramos querido en ese momento, sino pues que pasó así por qué nos pasó así, pero para mí si... yo sigo mi proceso de sanar y a veces pienso que de pronto un segundo parto lograría sanar esas cosas pero no sé si de pronto me termina culpabilizando un poquito más, entonces todavía hay muchas ideas que rondan mi cabeza.

14. ¿Qué estrategias utilicé para sanar?

Yo creo que una de las maneras que he encontrado para sanar esto ha sido la lactancia, como que todos los primeros días en los que no pude hacer lo que yo quería con mi hijo, yo creo que por eso he sido tan intensa con la lactancia y la alimentación de mi hijo, siento que es por ahí que le doy el amor que tal vez no pudimos tener, esa conexión que no pudimos tener en el momento del parto, entonces siento que ha sido a través de la lactancia que se ha logrado sanar muchas cosas, y ya después el hablarlo, el ponerlo sobre la mesa, leer y estudiar un poco más sobre este tema de violencias obstétricas, de los derechos de la mujer, del empoderamiento femenino en ese espacio, además de hacer terapia neural y de ir sanando el cuerpo y ayudándole a que termine de cicatrizar esas heridas desde diferentes puntos de vista.

c. Cuidado del otro

15. ¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

Esta es la primera vez que lo hago así y lo hago con ese fin, comunico desde mis redes sociales como experiencias y estadísticas y cosas como para sensibilizar. Mi experiencia personal es la primera vez que lo hago

16. ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica?

Desde mi informar, no desde mi experiencia, porque de repente no me he sentido tampoco... o sea hay algunas cosas por ahí encima que no son tan fáciles de abrir ahí en redes sociales y demás o de conversar con otras personas, pero sí de empezar a visibilizar lo que pasa en Colombia, lo que pasa en el mundo.

Yo tengo un exalumno que está estudiando ginecología y obstetricia, entonces muy puntualmente a él le mando cositas como diciéndole pilas, mire que esto pasa, o sea usted que va a ser el próximo que va a empezar a recibir sea consciente, no se deje institucionalizar. Y bueno yo sé que en algún momento hay alguna madre o mujer embarazada que lee las cosas que yo publico y que de repente por lo menos empieza a resonar de alguna manera. Eventualmente quisiera hacerlo mucho más fuerte, pero eso también requiere un trabajo de tiempo y pues también de sanación, de poderme abrir más fácilmente a contar mi historia y a escuchar más historias.

17. ¿Participo en diferentes espacios para visibilizar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

No

18. De acuerdo a tus reflexiones, ¿qué le dirías hoy a una gestante primeriza?

Que se informe mucho y que confíe en sí, y que se informe no desde la medicina como tal o pues no solamente, sino desde sus propios ciclos como mujer. Nosotras desconocemos lo que pasa en nuestro cuerpo, que mire realmente qué pasa, cómo llega uno a gestar, que pasa en el útero, que es esa placenta, toda la información genética, emocional y demás que uno puede transmitir al bebe, el poder que hay en el útero de crear, y si es en el útero entonces creerse mujer, entender que eso la hace mujer y que va más allá de si uno es mamá o no, pero tener útero nos hace creadoras y dadores de vida así uno nunca tenga un bebé, pero que entienda eso que entienda su poder, que entienda que no hay mujer débil, que es anclarnos a las raíces, que el parto se puede dar como uno quiera, que la decisión que tome ella sea informada desde su ser y que esté tranquila con la decisión que vaya a tomar consigo misma, no hay que comer

cuento de los profesionales de la salud porque desafortunadamente están muy desactualizado.

19. ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia?

No

20. ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informen y protejan a otras mujeres frente a las situaciones de violencia?

No.

21. ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?

No, realmente nunca se me había pasado por la cabeza.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
2021-II



Entrevistadoras: Ginna Paola Delgado y Nicoll Alexandra Martinez

Fecha: 14 de agosto de 2021

Hora: 9 am

N° de entrevista: 8

a. Prácticas éticas

1. ¿Durante el parto me fue posible efectuar acciones con el cuerpo y con la voz?

No, nada, digamos que mientras estaba en el trabajo de parto me pusieron la epidural que fue fantástico, pero en el momento del parto nada, solo pujar porque era la indicación que me daban y que además me decían que, hacía mal, pero que yo tomara una decisión de que posición me gustaría estar, o algo similar no, nada de eso.

2. ¿Qué acciones realicé para garantizar el respeto de mis derechos reproductivos?

3. ¿Cómo defino mi conducta y comportamiento frente a la situación de violencia obstétrica?

Pues mira que yo en ese momento ni siquiera era consciente de que lo que estaba pasando podía clasificarse dentro de violencia obstétrica, pero dije bueno así funcionan las cosas acá y listo obviamente lo que te digo lo sentí horrible porque además estás angustiado, nervioso ansioso como madre primeriza, además estamos en una pandemia entonces son situaciones difíciles, en ese momento no pensé que fuera violencia obstétrica, pero a los días que contábamos a los familiares que había pasado como nos había ido, los dos nos mirábamos como juepucha fue horrible, el personal no es lindo, no es dedicado a ti, no sé, ellos tendría que hacerte vivir el mejor momento de tu vida y ayudarlo a vivir de la mejor manera, creo que el trato debe ser distinto, tiene que ser cómplices de ese momento, no que te toque pensar que horror ese momento, que horror ese proceso, que horror esa medica que me toco que ni siquiera fue capaz de presentarse, de humano no tenía nada ese lugar.

4. ¿Qué pensamientos surgieron al momento de experimentar la situación de violencia obstétrica?

Para mí fue, yo creo que me invadió un sentimiento de frustración, como juepucha yo pago mucha plata para que este momento sea distinto, que feo hablar de plata pero es una realidad, si tu buscas una prepagada y preguntas que beneficios tiene, que trae para mí, y para mi bebé pues yo como mujer averigüe esa parte, me dio ese sentimiento como de rabia y desilusión como si esto pasa en una de las mejores clínicas de Bogotá y del país, juepucha que le espera a las personas que tienen que vivir su parto por el Sisbén o en cualquier hospital de pueblo en una clínica donde les toca, porque ni siquiera tienen la oportunidad de escoger, sabes es como no solo por mí sino por el resto de mujeres como que este país ofrece para nosotras, en serio que no se distingue ni raza, ni estrato social ni nada.

5. ¿Qué situaciones no estoy dispuesta a permitir en otra posible experiencia de parto?

Creo que desde la cita #1 le diría a mi obstetra que tiene que llegar a mi parto, no permitiría esa maniobra de que ambas enfermeras se te ponen encima de la barriga y te empiezan a bajar el bebé, uno porque es supremamente dolorosa y muy riesgosa tanto para la bebé como para la mamá, tuve una conocida que perdió su bebé precisamente por eso y yo pensaba como juepucha pude ser yo pudo ser mi hija. No permitiría que no me explicaran nada, además de no explicar sacaron a mi acompañante como si lo estuvieran echando, ambos muy confundidos preocupados, precisamente con la idea de que algo muy malo estaba pasando precisamente porque no te explican, es algo fundamental porque finalmente es mi cuerpo.

6. ¿A raíz de la experiencia vivida pensé en alternativas para tener una experiencia diferente en un futuro?

No, yo no voy a tener más hijos nunca más en mi vida, una de las razones en sí es el parto

que me pareció el momento más doloroso del mundo. Pero si llegara a pasar porque Dios así lo quiso creo que a raíz de todo esto yo soy la mamá más intensa, sigo al médico al pediatra, a la dula todo eso por Instagram, y he visto que incluso en Colombia y Bogotá hay doctores que están súper enfocados por el parto humanizado y creo que haría hasta lo imposible porque esa doctora estuviera en mi parto, porque realmente se esfuerza un montón por que sea humanizado y lo que realmente su paciente quiere, buscaría la forma de llegar a ella.

7. ¿En algún momento cuestioné mi forma de actuar frente a la situación que viví?

No, pues lo único que me cuestionaría o cambiaría es como hacerme sentir, decir lo que me está molestando, expresar que quiero escuchar y saber más, no quedarme tan callada del todo, pero lo que les digo, uno está tan aburrido, estresado, adolorido de todo.

b. Cuidado de sí

8. ¿Cómo me di cuenta que fui víctima de violencia obstétrica?

Cuando empezamos a hablar con mi esposo, como que sentimos que no fue como lo pensábamos, que nadie te decía nada, que te tocaba solo seguir indicaciones y listo, no es del todo humanizado como lo pintan.

9. ¿De qué forma la experiencia de parto me permitió conocerme?

Mi experiencia, primero me di cuenta que soy mucho más fuerte de lo que en cualquier momento de mi vida pensé, y no solo yo, todas las mujeres, realmente tenemos una resistencia impresionante al dolor, al tiempo, o sea todo el embarazo es muy largo, el momento del parto se hace eterno, uno cree que no va a salir nunca, la capacidad que tenemos de crear vida, que de ti depende que nazca, que crezca, entonces me di cuenta que soy muy capaz de muchas cosas que nunca en la vida pensé, y te juro que a raíz de eso cambió mucho la forma de pensar y ver la vida, de afrontar muchas cosas, uno a veces se deja hablar feo, hacer comentarios feos y uno como que se deja, pero desde que tengo a mi hija y mucho más por ella ser niña, juepucha se levantó como la leona que había en mí y ya no me bajo de lo mejor y no voy a aceptar menos que eso.

10. ¿La experiencia vivida me permitió transformar la forma de verme a mí misma y al entorno?

A raíz de eso cambió mucho la forma de pensar y ver la vida, de afrontar muchas cosas, uno a veces se deja hablar feo, hacer comentarios feos y uno como que se deja, pero desde que tengo a mi hija y mucho más por ella ser niña, juepucha se levantó como la leona que había en mí y ya no me bajo de lo mejor y no voy a aceptar menos que eso.

11. ¿La experiencia de violencia vivida afectó la perspectiva que tenía sobre el parto y la atención de los servicios obstétricos?

Si, totalmente, por lo que les decía ahorita, cuando escogí clínica todo el mundo me decía como la clínica del country es una nota, tiene una unidad increíble y pues yo tuve que ir a urgencias en mi embarazo y me atendieron super bien, exámenes todo super rápido y me la pintaron super bien, entonces supuestamente el servicio es buenísimo, y que los profesionales eran los mejores, pero la verdad en el momento del parto no lo sentí así.

12. ¿La experiencia vivida permitió cambiar la percepción que tenía sobre el papel de la mujer en el parto?

¡Eh! Uy no sé, de pronto si, tal vez creo que antes sabía que era como la que tiene que hacer todo, pero en mi mente había un poco más de apoyo médico, sentía como que era más acompañado, pero me di cuenta que ni porque tengas a los mejores médicos es 100% tuyo.

13. ¿Exterioricé mis pensamientos sobre mis vivencias?

Si, digamos que nosotros cuando nos preguntas del parto de Julieta, de cómo fue eso, contamos cómo todo con detalle, de todo lo horrible que me pareció, en ese sentido no he tenido problema de sentir que lo tengo atascado que no he podido hablarlo, no.

14. ¿Considero que sané mi experiencia dolorosa de parto?

Si, Totalmente, o sea por lo menos yo decidí que no me voy a quedar con lo que no me haya gustado en el parto, la clínica y los doctores, porque eso ya no va a cambiar, ni porque se los diga, ni porque lo hable, ni porque mande una carta, eso no va a cambiar para mí, espero si para otras, pero para mí no, y no me voy a amargar mi vida pensando en eso, me quedo con lo lindo, con lo que tengo en mis manos.

15. ¿Qué estrategias utilicé para sanar?

Yo creo que hace parte un poco como de la personalidad y como simplemente decidí ni siquiera volver a pensar eso porque como no voy a tener más hijos para que me ponga a pensar en eso, vale huevo ya paso, me quedo con mi momento de ahora.

c. Cuidado del otro

16. ¿Comunico a otras madres y/o mujeres cercanas mi experiencia para contrarrestar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

Pues mira, digamos que no tengo a nadie cercano que esté en embarazo ni que planee tener bebé, ni nada, obviamente espero que a las personas que yo les cuente mi parto con Julieta que son como amigos o eso, les sirva para cuando sea el momento de ellos, se hagan sentir más, hablar, decir, pelear, lo que sea, lo que toque. Lo otro es que apenas vi que ustedes estaban haciendo esto, dije juepucha, seguramente no soy el peor caso, pero en ningún

momento dude decir, yo voy a contar como fue mi experiencia, porque si de algo lo mío puede servir pues me parece una nota, seguramente habrá casos supremamente peores los cuentes, esto con el fin de que más mujeres que vayan a ser mamás en el futuro tengan una mejor experiencia en cualquier clínica u hospital que vayan a tener su hijo.

17. ¿Qué acciones genero para apoyar a otras mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica?

Sinceramente no realizó ninguna la verdad, si de algo sirve que les cuente a mis amigas como fue mi parto y pues estar acá apoyándolas a ustedes, de la manera en que puedo estoy tratando de hacer los ejercicios pues para que ustedes sean las que tengan esa voz y empiecen a hacer visible esto.

18. ¿Participo en diferentes espacios para visibilizar la vulneración de derechos en la atención obstétrica?

El único espacio en el que he participado como para visibilizar ha sido este.

19. De acuerdo a tus reflexiones, ¿qué le dirías hoy a una gestante primeriza?

Que haga valer sus derechos primero que todo, ni porque seas menor de edad, ni porque seas de tal edad, ni estrato social o raza, nada nada nada, no tienes por qué dejarte pasar por encima de cualquier médico, o cualquier persona, que hagan valer sus derechos, que si tienen preguntas las hagan, que dejemos ese miedo a preguntar, si tiene que quedarse 50 min en una cita hasta que le expliquen y entienda que está pasando con su cuerpo, pues que así sea.

20. ¿Tengo conocimiento de colectivos y/o instituciones que brinden apoyo a mujeres en situaciones de violencia?

No, la verdad no tengo ni idea, creo que esta es como la primera iniciativa que veo de qué quieren hablar el tema y ponerlo a la vista al resto del mundo, lo único es la doctora que les cuento que está enfocada en el parto humanizado, pero de resto la verdad me parece que es un tema que se toca 0 acá en Colombia, en el resto del mundo sí, pero acá me parece que no se toca para nada, que uno más o menos tiene que rendir pleitesía a los médicos y que todo sea como ellos dicen y quieren y que uno simplemente lo acepte.

21. ¿Hago parte de colectivos y/o entidades que informen y protejan a otras mujeres frente a las situaciones de violencia?

No

22. ¿Me informo sobre las posibles redes de atención en caso de violencia obstétrica para su respectiva denuncia?

No