



**Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de
violencia obstétrica**

Pedro Emilio Moreno Sierra
Karol Andrea Guzmán Castillo

Maestría en Salud Pública
Instituto de Salud Pública
Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

2017



**Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de
violencia obstétrica**

Requisito parcial para optar al título de
Magíster en Salud Pública

Pedro Emilio Moreno Sierra
Karol Andrea Guzmán Castillo

Directora: Amparo Hernández Bello

Maestría en Salud Pública
Instituto de Salud Pública
Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

2017

*A nuestras hermosas familias
por su apoyo, paciencia y comprensión...*

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó gracias a la contribución de muchas personas.

A nuestra tutora, la doctora Amparo Hernández Bello, quien caminó con nosotros en el mundo de la violencia obstétrica, nos brindó apoyo y nos animó a continuar, incluso en los momentos de mayor desaliento.

A las profesoras Sonia Monroy, Valeria Vallana y Alice Trouvé, quienes no solo comparten la pasión por este tema, sino que nos mostraron algunas formas de verlo desde sus propias experiencias, investigaciones y labores.

A las instituciones que nos permitieron el contacto con las mujeres que habían sufrido violencia obstétrica, el Jardín Infantil Social Piedra Verde, FAMI la Esperanza y EMESFAO, pues sin su colaboración no se habría logrado tener el acceso a tan valiosas historias.

A las mujeres que nos narraron sus experiencias durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, quienes, con sus percepciones y reflexiones, desde sus vivencias, dieron soporte a nuestras preguntas, nos conmovieron y animaron a continuar con el tema, mostrándonos que la violencia obstétrica es un problema vigente que merece ser estudiado.

A la Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia), quien en el marco del programa de la Maestría en Salud Pública nos dio los fundamentos necesarios para abordar el tema y convertirlo en una investigación.

A nuestras familias, que pacientemente soportaron nuestras ausencias y desvelos.

A todas las personas que nos acompañaron en este camino, mil y mil gracias.

RESUMEN

La violencia obstétrica se ha convertido en un problema de salud pública debido a que puede afectar al bienestar de la gestante en las esferas física y psicológica, lo que, a su vez, puede generar consecuencias en su salud y la del recién nacido. Además, muchas prácticas innecesarias durante el parto se han normalizado en la atención obstétrica, pues no se perciben como violentas o son obviadas por la mujer o el personal del área de la salud.

En objetivo del presente trabajo de investigación es estudiar la violencia obstétrica en Colombia, su visibilidad en las normas, políticas y las percepciones de las mujeres afectadas. Para ello, se analizó cómo algunas prácticas comunes no necesarias durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, pueden considerarse expresiones de violencia obstétrica. Lo anterior se realizó a partir de una metodología de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo que se desarrolló en dos componentes: revisión documental y análisis de casos.

Primero se realizó una búsqueda de literatura sobre el tema de violencia obstétrica, además, se revisó la normatividad a nivel mundial, latinoamericano y colombiano, lo que permitió navegar entre el visibilizar o no del fenómeno de violencia obstétrica. A partir de lo anterior, se identificó que muchos de los documentos normativos están dispuestos para garantizar un trato humanizado del embarazo, parto y puerperio, pero no hay una claridad en el cumplimiento de estos por parte de los actores. Posterior a la revisión de los documentos, se llevó a cabo un análisis de casos de mujeres con experiencias particulares durante el embarazo, trabajo de parto, atención de parto y puerperio. Todo esto, mediante la técnica de análisis de contenido, la cual permitió codificar, categorizar e integrar la información para realizar inferencias sobre el tema a partir las vivencias de las mujeres.

Aunque a nivel nacional se ha trabajado en el tema de la disminución y control de morbilidad y mortalidad materno-perinatal, y en el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud, el fenómeno de la violencia en el ámbito obstétrico aún hay muchos retos por desarrollar.

Se concluye que un punto clave para continuar el camino hacia la eliminación de cualquier tipo de violencia contra la mujer, particularmente en las gestantes, es el impulso y la motivación al empoderamiento y levantamiento de la voz de la mujer, abordar el sistema de salud y el educativo, y conocer el punto de vista de las otras caras de la prestación de servicios de salud.

Palabras clave: violencia obstétrica, normativas, atención del parto, relación médico-paciente.

ABSTRACT

Obstetric violence has become a public health problem because it can affect the well-being of the pregnant woman in the physical and psychological spheres; Which, in turn, can have consequences on their health and that of the newborn. In addition, many unnecessary practices during childbirth have normalized in obstetric care, as they are not perceived as violent or are overlooked by women or health personnel.

The objective of this research is to study obstetric violence in Colombia, its visibility in the norms, policies and perceptions of women affected. For this, it was analyzed how some common practices not necessary during the care of pregnancy, labor, delivery and puerperium, can be considered expressions of obstetric violence. This was done based on a qualitative, exploratory and descriptive methodology that was developed in two components: documentary review and case analysis.

First, a literature search was carried out on the subject of obstetric violence. In addition, normativity was reviewed at a global, Latin American and Colombian level, which allowed us to navigate between the visibility of obstetric violence or not. From the above, it was identified that many of the normative documents are arranged to guarantee a humanized treatment of pregnancy, childbirth and puerperium, but there is no clarity in the fulfillment of these by the actors. After the review of the documents, an analysis of cases of women with particular experiences during pregnancy, labor, delivery and puerperium was carried out. All this through the technique of content analysis and this allowed to encode the information, categorize it and integrate it to make deductions about the subject from the experiences of women.

Although at the national level work has been done on the reduction and control of maternal-perinatal morbidity and mortality, and in improving the quality of health service delivery, the phenomenon of violence in the obstetric area still exists Challenges to be developed.

It is concluded that a key point to continue the path towards the elimination of any type of violence against women, particularly in pregnant women, is the impetus and motivation to empower and raise the voice of women, to address the health system and The educational, and knowing the point of view of the other faces of the provision of health services.

Keywords: obstetric violence, regulations, delivery care, doctor-patient relationship.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo General.....	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITOS.....	13
4. MARCO DE REFERENCIA	15
4.1. Conceptos y debates sobre violencia obstétrica.....	16
4.1.1. Tipos de violencia obstétrica	17
4.1.2. Normalización y naturalización de la violencia obstétrica.....	20
4.2. La violencia obstétrica como objeto de investigación	25
4.3. Salud materna y equidad de género	30
5. METODOLOGÍA	35
5.1. Componente 1	35
5.2. Componente 2	37
6. RESULTADOS.....	42
6.1. Atención del embarazo, parto y puerperio en los principales instrumentos internacionales y visibilización de violencia contra la mujer	42
6.2. Normas e iniciativas de visibilidad de la violencia obstétrica en América Latina	54
6.3. La atención del embarazo, parto y puerperio en Colombia	61
6.4. Percepciones de las mujeres sobre violencia obstétrica: experiencias, condiciones y posibilidades de cambio.....	73
6.4.1. Características demográficas y socioeconómicas de las entrevistadas.....	74
6.4.2. “Abriéndonos las piernas”. La violencia física como expresión de violencia obstétrica	78
6.4.3. Un silenciamiento a gritos en medio del dolor	80
6.4.4. Tratando de entender un idioma desconocido y un cuerpo en transición.....	84
6.4.5. Mecanizando y acelerando a la naturaleza: la tecnologización del parto.....	89
6.4.6. El embarazo sigue siendo un paseo: de hospital en hospital	94

6.4.7.	El consentimiento... poco informado.....	95
6.4.8.	El sistema general de seguridad social en salud: ¿bienestar para las gestantes? 97	
6.4.9.	Personal de salud: no todo es blanco o negro, hay diversas gamas de grises 101	
6.4.10.	La educación en salud es un proceso necesario siempre y cuando esté supervisado.....	103
6.4.11.	Propuestas de cambio: el parto es nuestro y lo hemos entregado... ¡A recuperarlo!	105
6.4.12.	Autonomía en el parto es dignidad de mujer	108
7.	CONCLUSIONES	112
8.	RECOMENDACIONES	118
	BIBLIOGRAFÍA	121
	ANEXOS	130

Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de categorías y variables (componente 1).....	36
Tabla 2. Matriz de categorías, subcategorías, variables de indagación y fuentes de información (componente 2)	39
Tabla 3. Atención del embarazo, parto y puerperio en los principales instrumentos internacionales y visibilización de violencia contra la mujer.....	53
Tabla 4. Normas e iniciativas de visibilidad de la violencia obstétrica en América Latina	60
Tabla 5. Atención del embarazo, parto y puerperio en Colombia.....	72
Tabla 6. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.....	76

Índice de figuras

Figura 1. Situación salud en las américas - Mortalidad materna evitable	6
Figura 2. Porcentaje mundial cesáreas 2015 (OMS-BBC).....	7

INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de la medicina y la institucionalización del parto, y buscando mejorar las perspectivas para las madres y sus hijos, en las últimas décadas se han desarrollado diversas prácticas que pretenden iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar los procesos naturales de la gestación hasta el puerperio, mecanizando así la atención obstétrica. Sin embargo, este hecho lleva, en algunas ocasiones, a patologizar los procesos reproductivos naturales y biológicos, transformando el proceso obstétrico en una enfermedad. Si estas prácticas no están debidamente indicadas, se tornan innecesarias y pueden considerarse expresiones de violencia obstétrica y convertirse en un problema que afecte a las mujeres.

El fenómeno de la violencia obstétrica, entendido como cualquier acción que patologicke los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto o puerperio, realice procedimientos innecesarios, genere tratos deshumanizados, irrespetuosos u ofensivos, juzgamientos, no respeto a las decisiones, intimidación, negación de la información o lesione física o psicológicamente a la mujer embarazada, parturienta o puérpera. Ha comenzado a hacerse relevante debido a que trasciende los límites de una inadecuada atención en salud de la mujer gestante a la vulneración de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Además, se convierte en un problema de salud pública, ya que puede afectar al bienestar de la gestante a en las esferas física y psicológica, generando así consecuencias sobre su salud y la del recién nacido, y contribuyendo al aumento de la morbilidad y mortalidad materna.

El abuso de estas prácticas puede ser prevenido y controlado con la implementación de normas de atención del parto adecuadas, propuestas por diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Muchas de las prácticas innecesarias y acciones que lesionan o patologizan a la mujer en el periodo desde la gestación hasta el puerperio, se han normalizado durante la atención obstétrica, pues no se perciben como violentas o son obviadas por la mujer o el personal

asistencial, generando que procesos de discriminación, limitación de la autonomía, violencia física, psicológica o exclusión, se cataloguen como un hecho “normal” o “natural”, y terminen siendo invisibilizadas como un problema.

Se decidió abordar esta problemática debido a que los investigadores de este trabajo, ambos médicos, vieron, vivieron y reprodujeron desde su formación académica, asistencial y, posteriormente, en su actuar profesional muchas expresiones y prácticas que violentaban a las mujeres y vulneraban sus derechos durante la atención obstétrica, pese a que existen en la literatura reglas que las desestimaban. Esto llevó a los investigadores a preguntarse si dichos hechos eran lo normativo o si existían otras opciones, lineamientos o reglas que evitaran estas acciones; además de querer indagar cómo este trato no digno era percibido por sus pacientes.

Para dar respuesta a estos cuestionamientos este trabajo se encaminó a estudiar algunas prácticas innecesarias y acciones que patologizan o lesionan física, psicológica, sexualmente a las mujeres en la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio como una expresión de violencia obstétrica, buscando así evidenciar el problema existente desde la visión de las mujeres que la han sufrido, y mostrando que existen normas para la atención obstétrica claramente definidas que, de ser acatadas, contribuirían a disminuir este tipo de violencia.

La tesis principal del presente trabajo es que existen ciertas prácticas comunes innecesarias durante la atención de la gestante, parturienta y puérpera que son expresiones de violencia obstétrica y que afectan negativamente a la mujer a nivel físico, psicológico y sexual, vulnerando sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Este documento está organizado en ocho capítulos. En los primeros cinco se plantea el problema de investigación mostrando cómo las prácticas innecesarias enmarcadas en la violencia obstétrica constituyen un problema de salud pública a nivel global y nacional; los objetivos a alcanzar; la necesidad de investigar dichas prácticas y abordarlas tanto desde la normatividad como a partir de las percepciones de las mujeres que las han vivido; el marco de referencia donde se plantean los conceptos y debates en torno a la violencia obstétrica

desde su definición, tipología, normalización y naturalización; el tema de la violencia obstétrica como objeto de investigación y el enfoque metodológico en sus dos componentes: la normatividad de la violencia obstétrica a nivel global, latinoamericano y nacional, y las percepciones de mujeres que han vivido prácticas innecesarias.

El capítulo seis corresponde a los resultados. En él se plasma el abordaje de la violencia obstétrica en los principales instrumentos internacionales y en las normas latinoamericanas y nacionales para adentrarse en el análisis de la violencia obstétrica desde las percepciones de las mujeres que la han padecido en los servicios hospitalarios, mostrando la diversidad de prácticas enmarcadas en la tipología de violencia obstétrica y cómo se presentan de manera habitual durante la atención a la gestante. Posteriormente, en el capítulo siete, se presentan las conclusiones, donde se plantea una discusión en torno a las múltiples aristas de las prácticas innecesarias dentro del fenómeno de la violencia obstétrica, se examinan los alcances del proyecto y se proponen líneas para la investigación futura con elementos para soluciones más integrales. Finalmente, en el capítulo ocho, se presentan algunas propuestas de cambio que contribuirían a una atención más humana, respetuosa, sin procedimientos innecesarios y libre de violencia.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La atención del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto ha sufrido múltiples variaciones en el curso de la historia, todas tendientes disminuir los índices de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal. Por ejemplo, en el siglo XVI se empezó a implementar una serie de actividades de formación para las parteras, como un mínimo de instrucción, con el fin de estandarizar y regular su actuar (en cuanto a la práctica obstétrica). A inicios del siglo XVII, en México, se instauró la *tlamatquiticitl*, una mujer que cumplía con labores de partería, educación en salud, sacerdotisa y socializadora, quien daba un ambiente de prestigio y ceremoniosidad al parto *per se* (Alfaro Noe, 2006). En el siglo XX, buscando disminuir la relación entre las muertes durante el parto y condiciones insalubres o antihigiénicas, se instauró la opción de “institucionalizar” este procedimiento.

El objetivo de realizar la atención del parto en las “mejores condiciones” se ha convertido, por efectos de la medicalización y mecanización de la atención, en un proceso patologizado, donde se ha relegado el sentido real del “dar a luz”, y se ha visto invadido por intervencionismo que, en algunas ocasiones, lleva a la realización de prácticas innecesarias, fuera de todo sentido humanista, las cuales han sido asociadas con la mortalidad materna. Entre estas:

Uso inapropiado y excesivo de intervenciones innecesarias, no informadas o no consentidas, uso de oxitócicos¹, maniobra de Kristeller², fórceps³ y episiotomía⁴, entre otros. Manejo agresivo del final de trabajo de parto, con la práctica de cesáreas⁵ sin

¹ Sustancias que producen la contracción del útero y se utilizan para provocar el parto.

² Maniobra que consiste en la aplicación de una fuerte presión manual sobre el costado izquierdo del cuerpo de la mujer a la altura del fondo del útero, sujetando el lado derecho en forma considerable, utilizando para ello todo el peso de una persona adulta sobre el cuerpo de la gestante a fin de lograr la expulsión del bebé.

³ Instrumento en forma de tenazas utilizado para facilitar la extracción del recién nacido. Está indicado su uso en sufrimiento fetal, problemas en la rotación del bebé al salir, agotamiento materno o parto prolongado.

⁴ Consiste en una intervención quirúrgica que corta el periné de la mujer con el fin de ampliar el canal del parto. Se utiliza para abreviar la atención del parto. Este procedimiento está contraindicado por la OMS como técnica preventiva de desgarros vaginales.

⁵ Procedimiento quirúrgico de atención de parto en el que se realiza incisión en el abdomen y útero de la madre, para extraer el feto. Sus indicaciones son: inducción fallida, presentación podálica o transversa, cesárea anterior a 18 meses de parto previo, riesgo de pérdida de bienestar fetal, parto tras dos cesáreas

indicación; como lo plantea César Victora, el 23 % de las muertes maternas en Brasil pueden ser atribuidas, solamente, al aumento de la tasa de cesáreas realizadas desde el año 2000. Negligencia en la asistencia a mujeres durante el trabajo de parto, mediante la desatención en el manejo del dolor, *discomfort*, o peticiones entre otros.

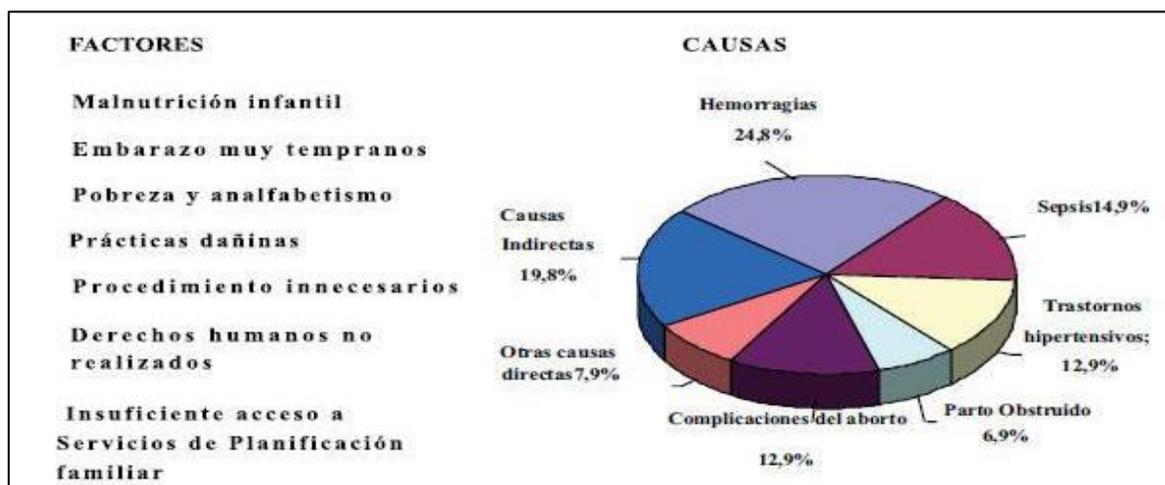
Adicionalmente, se presentan tratos hostiles hacia la mujer durante la atención del parto, muchos de ellos considerados dentro del modelo hegemónico de la asistencia médica; tales como: la no decisión por parte de las gestantes sobre el sitio y la posición donde tener a su bebé, abusos verbales, insultos, entre otras acciones negativas por parte del personal de salud. Además, la prohibición de la presencia de un acompañante, lo que según Kassebaum *et al.*, 2014, limita el seguimiento del trabajo de parto y su vigilancia en caso de alerta (Grilo, De Oliveira, Faria, Cardin, Cavalcanti, & Carvalho, 2015, págs. 380-381).

Según la OPS, en 2015, a nivel de Latinoamérica y el Caribe, la tasa de mortalidad materna era de 56,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, cifra que se encuentra dentro de la meta de la *Agenda de Desarrollo Sostenible*, que busca reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel mundial, a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, países como Guatemala (con 113,4), República Dominicana (con 119) y Paraguay (con 96,3 por 100.000) tienen casi el doble de la cifra promedio para el continente. La tasa para Colombia era de 65,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el 2012 (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Frente a lo anterior, las cifras de causas de mortalidad materna en América reportadas por la Organización Panamericana de la Salud en los indicadores básicos de 2007 (Faneite, Mortalidad materna: evento trágico, 2010) (Figura 1), de la que no existen datos más recientes, mostraban una relación con factores evitables, como las prácticas dañinas y los procedimientos innecesarios, entre otros.

anteriores, parto múltiple, feto con peso estimado mayor a 5000 gr, herpes genital activo e inminencia de ruptura uterina, entre otras.

Figura 1. Situación salud en las américas - Mortalidad materna evitable



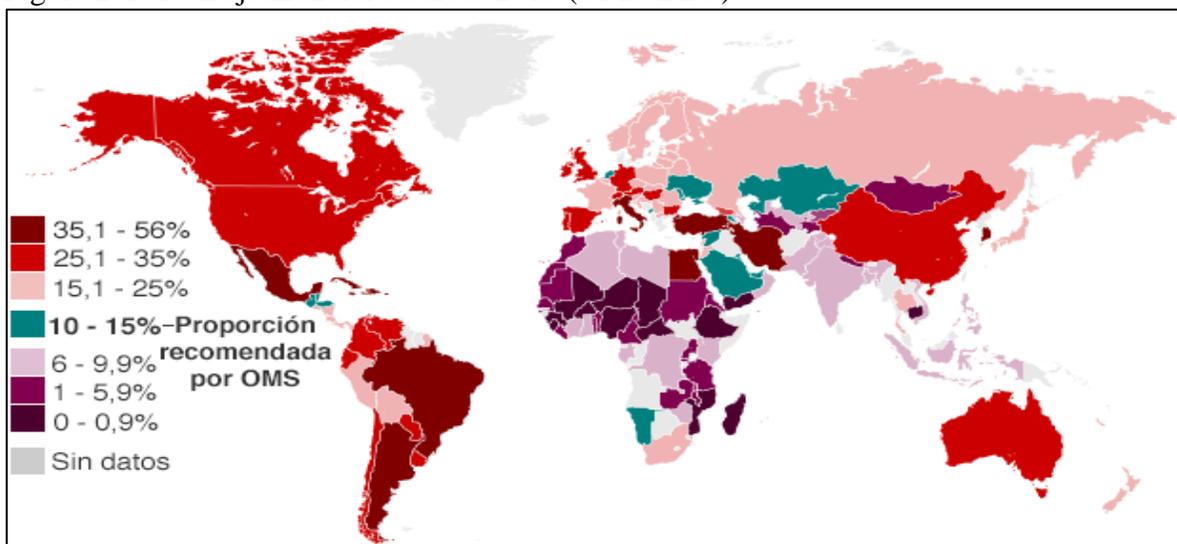
Fuente: tomado de (Faneite, 2010).

Entre los procedimientos no justificados y prácticas que pueden ocasionar daño al binomio madre-hijo están las siguientes:

- La *cesárea innecesaria*, de la cual no están demostrados los beneficios para la mujer o el neonato. A nivel mundial se presentan cifras de cesárea superiores a lo recomendado por la OMS, quien desde 1985 propuso que la tasa ideal debe oscilar entre un 10-15 % (Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, países como Brasil, Irán, República Dominicana y México presentan cifras entre el 35,1 % y el 56 %, como se muestra en la Figura 1.

En Colombia son igualmente relevantes las cifras de cesáreas, que han ido en aumento pasando del 25 % en 2006 al 43 % en 2014 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Figura 2. Porcentaje mundial cesáreas 2015 (OMS-BBC)



Fuente: tomado de (BBC, 2015).

- La *episiotomía* es otro procedimiento considerado por la OMS como innecesario por su alta probabilidad de efectos adversos. Se estima un porcentaje de realización del 60 % en todos los partos vaginales y hasta en un 90 % en los partos de mujeres nulíparas a nivel mundial. Colombia refleja cifras cercanas al 70 % del total de atenciones de parto intrahospitalarias y 90 % en pacientes primigestantes (Rubio, 2005).

Muchos de los procedimientos considerados como innecesarios durante la atención de parto carecen de evidencia estadística, ya que usualmente no se registra su realización dentro de la historia clínica, lo que hace difícil obtener datos que permitan la realización de estudios observacionales (Rengel, 2011).

Lo cierto es que existen prácticas no adecuadas o innecesarias y acciones que patologizan o que lesionan física, psicológica o sexualmente dentro del proceso atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio vulnerando los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes (Belli, 2013), que pueden ser enmarcadas en el concepto de violencia obstétrica.

Por VO se entiende: el trato irrespetuoso, deshumanizado u ofensivo, abuso de la medicación, no respeto por las decisiones, negación de información, juzgamientos, intimidación, uso de procedimientos innecesarios o patologización de los procesos naturales durante la atención prenatal, el parto, el puerperio y los procesos reproductivos de las mujeres, que las lesionen física, psicológica, sexual o patrimonialmente, ejercidos por el personal de salud (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La VO es un tema que ha empezado a tener relevancia a nivel global, generando una mayor concientización sobre algunos de los procesos implementados por el personal de salud ligados a la mecanización y tecnologización de los procedimientos durante los procesos de gestación, atención del parto y puerperio. Además, estos procesos han llevado a concebirla como un tipo de violencia ejercida sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos, y que se relaciona con fallas en la infraestructura, la organización de los servicios de obstetricia, la formación médica y la concepción social de la mujer (Villanueva, Gutierrez, Valdez, & Ángel, 2016, págs. 7-24).

Estos actos violentos son considerados como «producto de un entramado multifactorial donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género» (GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2014, pág. 120). También son calificados como violaciones a derechos como la igualdad, no discriminación, integridad, salud, vida y autonomía reproductiva en el marco de la prestación de servicios de salud, sugiriendo la existencia de una relación de “asimetría” entre los prestadores de salud y las mujeres en cuanto a la voz decisoria en los actos médicos, visibilizando la inequidad en el ejercicio de sus derechos básicos y el control por sobre la voluntad de las mujeres (Camacaro, La obstetricia develada. Otra mirada desde el género, 2010, pág. 116).

Lo cierto es que muchas acciones violentas por parte del personal de salud no son entendidas como violencia obstétrica; y menos como violencia contra las mujeres, siendo, en ocasiones, pasadas por alto o naturalizadas, por lo cual se hace preciso nominar este problema por su real terminología evitando su invisibilización y reducción.

En Colombia, por ejemplo, la Ley 1257 de 2008, «Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres», establece los daños a nivel psicológico, físico, sexual y patrimonial, tomando como referencia la Constitución Política de Colombia, tratados internacionales y la jurisprudencia nacional. Adicionalmente, describe la obligatoriedad de una atención diferencial para la población femenina. El seguimiento de esta ley se realiza por parte de la Consejería de la Equidad de la Mujer. Sin embargo, no se especifican las particularidades de las mujeres en el proceso de gestación.

En el sector salud, la Resolución 412 de 2000 establece la norma técnica para la atención del trabajo de parto, en donde se presentan directrices para la atención institucional del parto y la adopción de guías de atención para complicaciones hemorrágicas e hipertensivas (Ministerio de Protección Social, 2000).

Aunque no se acoge la categoría de violencia obstétrica, existe jurisprudencia que revela la existencia de actos innecesarios en la prestación de servicios de salud de las gestantes. Para el caso, el Consejo de Estado ha proferido fallos (Exp.2014-N28804 2800278-01296 y Exp.16085 Sentencia 26-03-2008)⁷ en donde señala fallas en el servicio médico por su indebida prestación y la “invisibilidad” del trato requerido por la mujer en materia médico-asistencial. Describen que es claro que la falta de atención oportuna hizo necesaria la realización de una cesárea que no era requerida” (Exp.2014-N28804 2800278-0129) Adicionalmente, en cuanto a la alteración física y emocional sufrida, refiere que se presentó un esquema de atención deficiente Gineco-obstétrico, que evidencia una actitud de indiferencia frente a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva, como resultado de un modelo patriarcal y de discriminación por motivo de género

⁶ Sentencia de unificación No. 28804 de 28-8-14 del Consejo de estado – sala de lo contencioso administrativo – sección tercera, Exp. 23001233100020010027801 (28.804), M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, sobre fallas del servicio médico e indebida prestación de servicios de salud.

⁷ Sentencia Consejo de Estado de 20 de marzo de 2008, Exp. 16085, MP. Ruth Stella Correa Palacio, sobre inoportunidad en la atención gineco-obstétrica, prolongación indebida del trabajo de parto, desprendimiento placentario y ahogamiento neonatal.

Las prácticas de atención del proceso desde el embarazo hasta el posparto han cambiado, incluyendo al personal de salud y algunos manejos técnicos y tecnológicos intrainstitucionales, en la búsqueda de la disminución de la mortalidad materno-perinatal. Sin embargo, existen prácticas innecesarias, patologización de los procesos reproductivos de las mujeres, no respeto por las decisiones sobre el su cuerpo y el de su bebe, negación de información, tratos irrespetuosos, deshumanizados u ofensivos, juzgamientos e intimidación que han sido naturalizadas o no reconocidas durante la atención obstétrica, que podrían encajar dentro de la VO, las cuales, a su vez, pueden ser entendidas como una forma de violencia de género, ya que vulneran el control de la mujer sobre su cuerpo, sus derechos humanos y derechos en salud sexual y reproductiva.

En nuestro país, se está empezando a estudiar la VO como un problema de salud pública que influye en el bienestar de la mujer gestante, parturienta o puérpera afectándola a nivel físico, psicológico, sexual y patrimonial. En el trabajo titulado *El continuo ginecobs-tétrico* (Monroy, 2012), se evidencian algunas relaciones jerárquicas, disciplinantes y violentas, tales como malos tratos, imposición de procedimientos médicos innecesarios y negación del papel protagónico de la mujer, entre los trabajadores de la salud y las madres gestantes de las salas de parto de la ciudad de Bogotá. Por otra parte el estudio *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* (Vallana, 2016) expone algunos actos violentos científicamente legitimados, naturalizados y culturalmente aceptados, que subestiman el cuerpo y la voluntad de las madres. Ambos estudios de corte cualitativo relatan las experiencias de mujeres en la capital del país y resaltan la afectación de los derechos humanos y sexuales y reproductivos. Sin embargo aún no se han realizado enfoques que involucren a los prestadores de servicios de salud para conocer otras aristas del problema en el territorio nacional. En Colombia hay escasa visibilidad de estas prácticas innecesarias como una forma de VO, a pesar de que las normativas nacionales y políticas públicas (Constitución Política, la Ley 1257 de 2008 y el Plan Decenal de Salud Pública) contemplan aspectos relacionados con el género, la adecuada atención durante el embarazo y la violencia contra la mujer.

De esto se desprenden las siguientes preguntas de indagación:

- ¿Se reconoce la VO en las normas y políticas sectoriales que regulan la atención del embarazo, parto y posparto?
- ¿Qué prácticas durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, y en qué condiciones, pueden ser consideradas como VO?

2. OBJETIVOS

A continuación, se presentan los objetivos generales y específicos que guiaron la investigación.

2.1. Objetivo General

Estudiar la violencia obstétrica en Colombia, su visibilidad en las normas, políticas y las percepciones de las mujeres afectadas.

2.2. Objetivos específicos

- Describir el marco normativo y de políticas de salud en el que se mueve la atención del embarazo, parto y puerperio a nivel internacional, particularmente en América Latina, explorando las normativas e iniciativas para enfrentar la VO.
- Estudiar, a nivel nacional, las normas y políticas sobre el trabajo de parto, parto y puerperio, e indagar la visibilidad de la VO en ellas.
- Explorar, a partir de casos, las percepciones de las mujeres afectadas sobre cuáles prácticas comunes dentro de la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio consideran como VO, en qué condiciones ocurren y cómo podrían ser transformadas.

3. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITOS

La VO durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio es considerada un problema de salud pública (Armendáriz, 2015), pues afecta negativamente el bienestar físico y psicológico de las mujeres, con implicaciones sobre su salud y la de su hijo; convirtiéndose en un factor que contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad materna. Y aunque existen métodos eficaces para su prevención y control expresados en las normas de adecuadas prácticas de atención del parto (OMS- OPS-CLAP), trato digno, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, que han sido reiterados a nivel internacional y nacional, estos aún no se aplican de forma equitativa a todas las mujeres en todos los contextos.

A partir de la presentación de una visión desde la normativa global, latinoamericana y nacional sobre la adecuada atención del proceso obstétrico, comprendiendo que el problema de la VO se enmarca tanto en el no seguimiento de las pautas ya establecidas por los estamentos locales, nacionales e internacionales, como en la invisibilidad y normalización de algunas prácticas y procedimientos comunes innecesarios del quehacer diario del personal encargado de la atención a la mujer gestante, parturienta o puérpera, la presente investigación busca generar un nivel de concientización, cuestionamiento y mejoramiento en las prácticas y procedimientos médicos relacionados con los periodos de gestación, la atención del parto y el puerperio.

Se pretende así dar luces para el reconocimiento del papel y decisión de las mujeres sobre cómo quieren dar a luz, sobre las bondades de una atención especial y acorde con sus condiciones y particularidades, con el objetivo de erradicar la idea de que el trato recibido en el momento del parto es, en todos los casos, “normal”. Adicionalmente, aportar evidencia sobre el fenómeno de la violencia obstétrica en Colombia y sus formas más comunes de presentación desde la perspectiva de las mujeres que la han vivido; además de generar reflexiones para los trabajadores de la salud encargados del cuidado de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio y, finalmente, suscitar inquietudes alrededor del tema que

fomenten nuevas investigaciones que permitan su desarrollo y profundización desde otras aristas, en busca de soluciones.

4. MARCO DE REFERENCIA

La violencia ha estado presente en todos los aspectos de la vida de los seres humanos, a través de los tiempos, en la familia, el trabajo, la calle, el país, los servicios de salud, entre otros; amenazando de esta forma su vida, su salud y su felicidad. Por lo tanto, este elemento se percibe como «un componente ineludible de la condición humana, un hecho ineluctable ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo» (Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud, 2002, pág. 1) y un problema estructural de la sociedad.

Las diversas formas de violencia afectan el bienestar físico, mental y psicológico de la persona, la familia y la comunidad, y dado que son prevenibles, se convierten en un problema de salud pública que debe ser tenido en cuenta y erradicado.

Para poder comprender el origen del concepto de VO, se debe partir de la noción de violencia desde el ámbito de salud, que según la Organización Mundial de la Salud es:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (2002, pág. 5).

Esta definición comprende una amplia gama de posibilidades desde la violencia interpersonal, el comportamiento suicida y los conflictos armados. Además, se considera en diversos tipos de sucesos que superan lo meramente físico e incluyen amenazas e intimidaciones. En el ser humano se generan diferentes consecuencias como alteraciones en el bienestar tanto físico (muerte o lesión) como psicológico, así como formas menos notorias, pero no menos importantes como el abuso verbal, depravaciones o deficiencias. En este marco, la VO encaja en las características de violencia interpersonal que es generada por los servicios o prestadores de salud.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979, define que «las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer» (Organización de Naciones Unidas, 2013). Más adelante, en 1993, se define la violencia contra la mujer como actos basados y generados por la misma pertenencia al sexo femenino, que pueda ocasionar cualquier tipo de daño hacía ellas, producidos tanto a nivel privado como público (Villanueva, Gutierrez, Valdez, & Ángel, 2016, págs. 7-24).

Este tipo de violencia puede presentarse en todos los ciclos vitales de la mujer, desde su nacimiento hasta la ancianidad y no se limita a un país o cultura específica, ni a grupos particulares de mujeres en la sociedad. Además de afectar su salud física y psicológica, limita su autonomía, transgrede los derechos humanos y disminuye capacidad y acceso a su participación en la vida pública; lo cual termina afectando su desarrollo personal, familiar y comunitario, y, en muchos casos, reforzando otros tipos de violencias frecuentes en la sociedad.

La violencia antes y durante el embarazo tiene graves consecuencias para la salud, tanto para la madre como para el bebé, llevando a embarazos de mayor riesgo, parto pretérmino y bajo peso al nacer, pudiendo ser instaurada por varios actores sociales, entre ellos la pareja, los jefes, los servicios y trabajadores de la de salud, en cuyo caso se considera VO (Organización de Naciones Unidas, 2009).

4.1. Conceptos y debates sobre violencia obstétrica

En 2014 la OMS llega a la definición de VO, definiéndola como «el trato irrespetuoso u ofensivo durante la atención médica prenatal, el parto o el puerperio» (2014, pág. 1), lo que genera pérdida de la autonomía de decidir sobre sus cuerpos e impacta negativamente su calidad de vida.

La VO es una forma específica de violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, como la igualdad, la información, la autonomía reproductiva, la no discriminación y la integralidad, y es generada por el personal de los servicios de atención en salud como resultado de una mezcla entre la violencia institucional y violencia de género. No obstante, este concepto aún está en proceso de construcción y podría ser ampliado, ya que se requieren mayores estudios, profundización y análisis sobre esta temática (Villanueva, Gutierrez, Valdez, & Ángel, 2016).

Este problema se ha convertido en un flagelo mundial, ya que, según datos de la OMS, se presenta con una frecuencia aproximada de 1 en cada 3,5 atenciones obstétricas; sin embargo, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, derechos sexuales y reproductivos, el bienestar y elecciones de las mujeres (2014, pág. 1)

4.1.1. Tipos de violencia obstétrica

La violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres durante el trabajo de parto, parto o puerperio presenta una amplia gama de acciones nocivas que abarcan regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones verbales, manipulación de la información, negación al tratamiento o no realizar referencias a niveles superiores oportunamente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consulta para la toma de decisiones informadas o coaccionarlas para obtener el consentimiento, utilizarlas como recurso didáctico sin respeto alguno a su dignidad humana, mantener el dolor como forma de castigo, hasta el daño deliberado a la salud (Villanueva, Gutierrez, Valdez, & Ángel, 2016).

Aunque existen varias características para clasificar la violencia obstétrica, la descripción del Observatorio de Violencia Obstétrica de España es una de las principales, ya que se basó en el análisis de 65 estudios sobre el tema en 34 países, la cual propone una tipología a partir de las siguientes siete categorías (Bohren & Vogel, 2015):

- Abuso físico: por este se entiende el uso de la fuerza física sobre la parturienta, como palmadas, cachetadas, inmovilización, realización de prácticas invasivas o suministro de medicación que no esté justificado por su estado de salud, además, se puede presentar cuando no son respetados los tiempos y posibilidades del parto biológico y se emplean maniobras no recomendadas para acelerar el periodo expulsivo como el Kristeller. (GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2014, págs. 120-121).
- Abuso verbal: este tipo de violencia se caracteriza por el uso de lenguaje irrespetuoso, grosero, juicios de valor, alusiones a la vida sexual, amenazas o burlas por parte del personal de salud a la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto o puerperio.
- Discriminación: caracterizada por el trato diferente y perjudicial que se da a la mujer durante el proceso obstétrico por motivos de edad, etnia, raza, clase social, religión o padecer VIH u otra enfermedad. Según Pablo Terán y col. (Terán, Castellanos, Gonzalez, & Ramos, 2013) se presenta más entre las mujeres jóvenes, adolescentes solteras, de estatus socioeconómico bajo, minorías étnicas, inmigrantes y mujeres VIH positivo (Bowser & Hill, 2010, págs. 1-57).
- Mala praxis: se refiere a la responsabilidad profesional ante actos realizados de forma con negligente, provocando daños al cuerpo y a la salud física o mental, parcial o totalmente (Anaya, Aguila-socho, Schadegg, Arreola, Pérez, & Medina , 2013). Involucra aspectos como la vulneración del consentimiento informado o la confidencialidad, exploraciones vaginales dolorosas, negación de métodos farmacológicos o no farmacológicos de alivio de dolor, operaciones quirúrgicas no consentidas, como es el caso de la esterilización forzada, negligencia o abandono a la mujer embarazada, parturienta o en posparto.
- Relación poco amable entre madres y profesionales. La relación del paciente con el trabajador de la salud es una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud (Rodriguez, 2006). Sin embargo, si esta no se da bajo criterios de amabilidad y servicio, podría considerarse como poco amable en casos como: una comunicación no efectiva con el personal de salud; actitud no verbal irrespetuosa; falta de apoyo a la mujer por parte de los y las trabajadoras de la salud; prohibición de un acompañante durante el parto pese a

que es una práctica recomendada en los lineamientos internacionales de atención del parto; trato a la mujer como sujeto pasivo del parto interfiriendo en la toma consciente e informada de decisiones y en la autonomía sobre su cuerpo y del bebe y quitándoles el protagonismo sobre su proceso obstétrico; prohibición de comer, beber o moverse durante la dilatación; rechazo a posturas elegidas por la mujer para el trabajo del parto o parto; cosificación de la mujer o privación de la libertad de la parturienta.

- Falta de condiciones adecuadas del sistema sanitario. Entendida como la escasez de recursos físicos, humanos, de instalaciones o mal estado de estas para la atención adecuada del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio y/o políticas públicas o en salud insuficientes para la atención del proceso obstétrico.

A estos tipos de violencia Sadler & Obach adicionan la violencia simbólica, que tiene diversas manifestaciones como:

- Culpabilización: suponer que la mujer gestante es culpable de los problemas y las dificultades durante el parto, acusándola de poca cooperación o interferencia durante el proceso.
- Homogenización: consiste en considerar que todas las mujeres que se encuentran en embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio son iguales sin tener en cuenta sus peculiaridades o necesidades particulares.
- Fragmentación: implica que el cuerpo de la mujer se toma como único objeto de acción sin tener en cuenta las percepciones subjetivas, identidades culturales y conocimientos de la gestante e invalidando las opiniones, toma de decisiones y produciendo la pérdida de injerencia de la mujer y su familia en el proceso de parto.
- Contaminación: cuando la mujer gestante es valorada como agente contaminante que limita la acción médica.
- Infantilización: se usa lenguaje infantil y diminutivos durante la atención, “menospreciando y empequeñeciendo a las mujeres gestantes, ya que se las concibe como en un estado poco racional, donde son incapaces de entender razones” (2004, pág. 20).

Con lo descrito, se observa que son varias las clases de prácticas y mecanismos durante la atención obstétrica, que siendo o no rutinarios lastiman a las mujeres en su integralidad física, psicológica, intelectual o emocional; muchas veces desconociendo los procesos de autonomía, toma de decisiones informadas, equidad y el papel protagónico de la mujer en el proceso, vulnerando así sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

4.1.2. Normalización y naturalización de la violencia obstétrica

El término de normalización es definido por la Real Academia Española (RAE) como «acción y efecto de normalizar» o hacer que algo se establezca en la normalidad. (2016) En contraste con lo descrito por la RAE, cuando se habla de normalización de la VO, es preciso referirse al hecho de que el personal de salud, la mujer en trabajo de parto, parto o puerperio, o ambos, desconozcan, no identifiquen, pasen por alto o no perciban procesos de discriminación, desigualdad, exclusión, descalificación, desvalorización que se generan sobre esta y que la cataloguen como un hecho “normal” o “natural”, atribuyéndola a la naturaleza y no a las experiencias culturales y sociales; aceptándola sin reconocer que se está presentando una violación de los derechos humanos y, en particular, de los derechos sexuales y reproductivos, derechos de la mujer y del niño, y que esto afecta al binomio madre-hijo en todas las dimensiones del ser humano (Quevedo, 2012, págs. 222 - 224).

Durante los procesos de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio se concibe a las mujeres como más próximas a la naturaleza que a la cultura, por estar viviendo un proceso fisiológico-natural común a las hembras de las especies animales. Esto muestra la sexualización de los cuerpos de las mujeres y de las interacciones que suceden a su alrededor, confirmando el entendimiento del sexo como naturaleza (Sadler & Obach, 2004, pág. 28).

La normalización de la VO refleja el desconocimiento e irrespeto de los derechos humanos, tanto de la mujer como del niño, y de las directrices de la OMS, el Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP/SMR, la CEDAW, el PIDESC en 1976, la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer en 1979 y otros pactos,

convenios y acuerdos internacionales y nacionales por parte del personal de salud; a parte del escaso conocimiento y reconocimiento por parte de las mujeres de los derechos, leyes y prácticas que las cobijan (Quevedo, 2012).

Las madres callan lo que han sufrido, dado que este sufrimiento se está generando en el contexto de hechos sexuales femeninos: gestar, parir, amamantar, experiencias tan íntimas que para ellas no es tolerable dar detalles escabrosos de un hecho que para la sociedad debe ser “maravilloso, el momento más feliz de la vida. A ello se suma el sentimiento de culpa, convirtiéndose en cómplice silencioso de la VO, pues no se denuncian los hechos por miedo a ser culpabilizadas por dejar de hacer, equivocarse o no defenderse o a sus hijos, por tanto mejor ser "buena", ceder para solucionar conflictos, no provocarlos, no responder, confiar y decir que su parto fue “normal” (Romero, 2012).

El modelo médico-obstétrico predominante del parto medicalizado e intervenido, se forma en instituciones sanitarias bajo la tutela del profesional de la salud buscando la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal y el mejoramiento de la calidad del parto. Sin embargo, en muchos casos genera una tecnocratización del nacimiento, convirtiendo un proceso natural en un evento sanitario-hospitalario, una cadena fabril con procedimientos estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud. Está acompañado de un evidente aumento del uso de nuevas tecnologías de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio verificable a través de la institucionalización del parto, que pasa de un contexto familiar en el hogar al hospital y, la profesionalización de la atención que sustituye el trabajo de las parteras entregándoselo a los médicos. Ya no existen partos normales o sanos, sino de “bajo riesgo”, lo que permite la realización de intervenciones basadas en criterios médicos, científicos y neutrales, pero no siempre necesarias ni justificables (Castrillo, 2015).

Mediante la normalización de los procesos y procedimientos de la atención del trabajo de parto, parto y puerperio y su medicalización e institucionalización, se despoja a las gestantes de su autonomía. Un ejemplo de este hecho se presenta Al momento del ingreso hospitalario, asumiendo que todas las mujeres son iguales por encontrarse en la misma

condición se homogenizan, retirándoles sus ropas y pidiéndoles vestir un “uniforme” (bata quirúrgica) (Sadler & Obach, 2004).

Se patologiza la maternidad, transformando a la gestante en paciente, convirtiendo un proceso natural y fisiológico en una enfermedad que requiere ser intervenida, por medio de procedimientos estándar a realizar por el personal de salud: se conecta a la mujer a los líquidos endovenosos, se le inmoviliza en cama, se monitorea y examina regularmente, y solo los especialistas determinarán cuándo podrá pujar, despojándola de su autonomía e imponiendo un determinado comportamiento. Además, la voz de la mujer es considerada como un elemento que interfiere en el proceso, por tal razón debe ser invisibilizada y suprimida (Sadler & Obach, 2004). La movilización en silla de ruedas, el reposo en la camilla y la posición para el trabajo de parto se relacionan con la incapacidad, enfermedad y sumisión. El trabajo de parto, parto y puerperio institucionalizados deben ser soportados paciente y obedientemente como un “rito de pasaje” a través del cual la mujer asume los dictados sociales y las demandas institucionales para convertirse en madre (Castrillo, 2015, pág. 4)

Se observa así, a través de la normalización y naturalización de ciertas prácticas en el trabajo de parto, parto y puerperio, que el sistema de salud invisibiliza y justifica la violencia obstétrica y se apropia de la mujer, su cuerpo y su existencia, despojándola a ella y su familia de cualquier autonomía en la conducción del proceso (Sadler & Obach, 2004).

En síntesis, existen procesos que normalizan conductas que no debieran existir, unas conductas que en todo caso excluyen a las mujeres del dominio sobre sus cuerpos. Pero ¿por qué la normalización de estas prácticas y conductas?

A través de la historia de la humanidad las mujeres han sido cuidadoras y sanadoras por excelencia, participes de las decisiones sobre su cuerpo, su familia y su comunidad, haciéndose cargo de la salud del colectivo y en particular de la mujer gestante. De hecho, el parto es un proceso en el que los hombres prácticamente no han participado (Arguedas, 2013), lo que facilita la construcción de mitos al respecto, dándole a la gestación, trabajo de

parto, parto y posparto un aura de «misterio de propiedad femenina» (Federici, 2004, pág. 246).

En el pasado, figuras como la *sagefemme*, o mujer sabia, eran buscadas en caso de embarazo. Eran muy hábiles para aliviar dolores naturales y benignos del parto, el manejo de la parturienta y el recién nacido e inclusive realizaban cesáreas. Sin embargo, este hecho terrible e impío iba contra la voluntad de Dios, que en el principio había maldecido a Eva y a todas sus descendientes (Murray, 2008, pág. 131).

La maternidad como una construcción social e histórica se liga firmemente al momento del parto donde la mujer, solo por ser mujer, debe aguantar el dolor, ya que hace miles de años las mujeres han sido madres, pariendo con dolor, son las “hacedoras de hijos y constructoras de la estructura familiar. Incluso este hecho se ve representado en la Biblia en el Génesis 3:16, donde se cita: «A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti» (Krieger, 2003). Adicionalmente, es el rol que se espera de la mujer, lo normativo, y «si otras han podido, ¿usted porque no?» (Scott, 1996, pág. 26).

Según Arguedas (2013), durante el tránsito entre el feudalismo y el capitalismo, especialmente durante la Edad Media, en los siglos XVI y XVII, el conocimiento curativo y anticonceptivo de la mujer fue demonizado, especialmente en lo referente a las comadronas, quienes fueron tildadas de brujas, posteriormente fueron cazadas, separándolas de la atención del parto y evitando que este saber ancestral se reconociera formalmente. En consecuencia, se produjo una progresiva exclusión de las mujeres de cualquier actividad relativa a la curación, el parto o la salud en general. Paulatinamente, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos, especialmente, en lo que respecta a la sexualidad, pues esta pertenecía a su “marido”, lo que fue apropiado por el Estado, la iglesia y los hombres.

Perseguir y aniquilar a las parteras tildadas de brujas les impidió a las mujeres estudiar, implementar y aplicar el saber ancestral del conocimiento de las hierbas y los remedios

curativos (Arguedas, 2013), dejándolas por muchos siglos fuera de la curación, la barbería, la cirugía y, posteriormente, la medicina, convirtiendo este quehacer exclusivamente de los varones.

Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas). Con este cambio empezó también el predominio de una nueva práctica médica que, en caso de emergencia, priorizaba la vida del feto sobre la de la madre. Esto contrastaba con el proceso de nacimiento que las mujeres habían controlado por costumbre. Y efectivamente, para que esto ocurriera, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres (Federici, 2004, pág. 134).

El actor principal de la expropiación del cuerpo femenino fue la iglesia, quién se interesó en el control del matrimonio y la sexualidad, debido a que de esta forma lograría «poner a todo el mundo, desde el emperador hasta el más pobre campesino, bajo su escrutinio disciplinario» (Federici, 2004, pág. 58).

Ya en los siglos XIX y XX, como consecuencia de la revolución industrial, y por aspectos políticos y económicos, el parto se institucionalizó, pasando de atenderse en el hogar, rodeado de los seres queridos y un ambiente familiar, a las frías salas hospitalarias de obstetricia, siguiendo estrictos protocolos que patologizan a la mujer parturienta y la anclan a la cama de un hospital, como si se encontrara enferma. Cabe señalar que con los procesos de mecanización, medicalización e institucionalización durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio se podrían limitar las posibilidades de la mujer en la toma de las decisiones sobre su cuerpo y el de su bebe. Sin embargo, en el pasado ella tenía dominio y autonomía total sobre este, y era parte fundamental de las comunidades y agente de salud.

A partir de la mecanización y medicalización del parto y el despojo paulatino de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, se presentan algunas prácticas innecesarias que constituyen una forma de violencia contra la mujer en todas sus formas: física, verbal y psicológica; las cuales se presentan con mucha frecuencia en las salas de parto de hospitales, privados y públicos. Sin embargo, no es identificada como violencia obstétrica ni denunciada frecuentemente, en tanto que se ha enraizado en nuestra sociedad, lo que ha contribuido a su normalización (Quevedo, 2012, pág. 64).

4.2. La violencia obstétrica como objeto de investigación

El tema de la violencia contra las mujeres gestantes en los servicios de atención en salud, especialmente durante el trabajo de parto y posparto, ha sido recientemente analizado como un problema social, de salud pública y de derechos humanos a nivel mundial, ya que afecta a una gran cantidad de mujeres, aproximadamente una de cada 3,5 según la OMS. (2014). Sin embargo, son pocos los estudios que dan cuenta de este flagelo, y es menor la cantidad que tipifica estos actos como violentos y no solo como irrespetuosos, de abuso o maltrato. Se está comenzando a generar una conciencia mundial sobre esta problemática, y América Latina se ha convertido en una abanderada en estudios e investigaciones, contribuyendo a la visibilización de la VO.

En el año 2003, el informe *Con todo al aire* (Chiarotti, García, Aucía, & Armichiardi), resultado de la colaboración entre el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), se muestran los resultados de una investigación realizada en Argentina, en la que se evidencia la VO sufrida por mujeres procedentes de barrios pobres, quienes fueron atendidas en los servicios públicos de cuidado en salud y soportaron tratos degradantes o crueles ejercidos por el personal médico. En este estudio, las mujeres narran su experiencia de desnudez física al ser obligadas a permanecer sin ropa durante el proceso del parto sin respeto a su intimidad o privacidad. Adicionalmente, se presentan casos en los que las gestantes fueron vulneradas por su clase social u origen étnico.

En este informe se resaltan dos puntos. Primero, que el trato a la mujer gestante no debe depender de la “calidad los recursos”. Segundo, que respetar no cuesta, pero no ser respetadas tiene altos costos. También deja ver que a pesar de que el respeto y la integridad se encuentran plasmados y normativizados en los derechos humanos, estos son trasgredidos en la mujer gestante. Posteriormente, con los resultados de este informe se generaron acciones de sensibilización y concientización a los estudiantes de medicina sobre el trato respetuoso, digno y humano a la mujer gestante, parturienta o puérpera.

La Universidad de Harvard presentó en el año 2010 una revisión de múltiples estudios, de diversos países, titulada *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth* (Bowser & Hill, 2010, págs. 1 - 57). Se trata de una investigación de corte mixto, cualitativo y cuantitativo, que da muestra de la falta de respeto y los malos tratos que reciben las mujeres gestantes durante el parto, al ser atendidas en instituciones de salud. En el estudio se evidencia que los tratos abusivos e irrespetuosos presentan mayor impacto negativo en el cuidado del parto que las barreras de índole económico o geográfico, y da cuenta de los diferentes tipos de VO cometidos por el personal de salud, que van desde el maltrato físico y verbal, la humillación, realización de procedimientos sin consentimiento de la mujer (entre ellos la esterilización), acciones coercitivas, falta de confidencialidad, negativa al manejo del dolor, negligencia durante la atención y hasta la retención de la madre o el neonato por su incapacidad de pago.

Otro aspecto que cabe resaltar de este reporte es el análisis de los factores involucrados en el abuso ligados a la política de salud y el débil sistema sanitario, la identificación del problema y las características del personal de salud como los prejuicios, escasa capacitación, falta de motivación, precarias condiciones y estabilidad laboral. Se identificó que la probabilidad de VO es mayor en gestantes adolescentes solteras, de bajo nivel socioeconómico, minorías étnicas, inmigrantes y mujeres VIH positivo (Bowser & Hill, 2010, págs. 1-57)

En México, entre 2009 y 2012, se realizó un estudio donde se solicitó información de las quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud, en el marco de la atención gineco-

obstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y sobre las sanciones y recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas en esos casos (GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2014).

Dentro de los resultados se encontró que los entes federales como la Secretaría de Salud de México (SSA) y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) carecían de tal información; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) reportó 122 quejas; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) concluyó 17 investigaciones, y ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos - México (CNDH) se interpusieron 122 quejas más. Sin embargo, se emitieron únicamente 4 recomendaciones, de las cuales 3 fueron aceptadas y 2 parcialmente cumplidas. Un índice bajo si se considera el alto número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.

Este estudio concluye que existen pocas quejas relacionadas con violencia obstétrica y que en la mayoría de los casos se presentaron posteriores a hechos trágicos, como la muerte de la mujer o del neonato. Este bajo número permite presumir que el maltrato físico o psicológico, las humillaciones, el no proporcionar información y la falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres gestantes no se consideran motivos para interponer quejas. La VO es silenciosa y las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso solo se hacen visibles en casos límite.

En 2010 la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile realizó un estudio financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) en el Hospital Sotero del Río, que tenía como objetivo implementar y evaluar un modelo de atención integral del parto en el sistema de salud público de la ciudad de Santiago (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2013). A partir de una muestra de 223 mujeres en posparto, se evidenció que el 26,4 % de mujeres percibía que el o la profesional que le atendió no consideró su opinión en las decisiones tomadas en su parto. Esta investigación presenta una primera aproximación al tema de violencia obstétrica y, posteriormente, genera recomendaciones proponiendo la humanización en la atención del parto.

Otra investigación en México, 2012, en el estado de Morelos, realizó un estudio de corte transversal, donde 512 mujeres, de 2 hospitales del sector público, fueron encuestadas en posparto inmediato. El estudio aplicó un cuestionario en donde se exploraba el trato recibido y las intervenciones aplicadas a las gestantes atendidas para parto vaginal o cesárea. Los resultados revelan que el 11 % de las mujeres percibió maltrato en las instituciones, en mayor proporción perpetrado por médicos y enfermeras. El 19 % de las madres expresó algún abuso verbal con frases como “no grite”, “no llore”, “no se queje”, regaños o humillaciones; en algunos casos reportaron haber sido ignoradas. El 8 % de las mujeres reportó abusos físicos como presión en el abdomen, suturas sin anestesia, golpes en las piernas, amenazas y pellizcos (Valdez, Hidalgo, Mojarro, & Arenas, 2016, págs. 26-31).

Resulta llamativo, dentro del mismo estudio, el alto porcentaje de procedimientos, entre ellos las cesáreas, que ascendieron al 57 %. De estas, el 50 % no fueron programadas, lo cual supera de forma significativa la indicación de la OMS de no sobrepasar el 10-15 % (2015). Además, se realizó episiotomía al 66 % de los partos vaginales, de los cuales 53 % fue en primíparas. La amniocentesis fue practicada en el 56 % de las gestantes y la medicación con oxitócicos se presentó en 54 % de los casos. El número de tactos vaginales realizados fue muy alto, de 5-20 durante todo el proceso. Otras maniobras reportadas en este estudio fueron la colocación de sonda vaginal y enema en el 25 % de las mujeres. Se concluye que 29 de cada 100 participantes sufrió alguna acción violenta durante su atención institucional del parto. En consecuencia, se recomendó asumir a las mujeres como sujetos de derecho y no solo como pacientes pobres en quienes aprender y la importancia de desnaturalizar las prácticas y procedimientos violentos en la atención obstétrica (Valdez, Hidalgo, Mojarro, & Arenas, 2016, págs. 26 - 32).

También, en el mismo estado de Morelos, 2012, se realizó otro estudio de tipo cualitativo, por medio de entrevistas semiestructuradas, buscando, de esta forma, analizar las experiencias de abuso por parte del personal asistencial, sufridas por las mujeres en las salas de parto durante su proceso de atención. La investigación muestra expresiones del abuso que van desde el abandono a la mujer, ausencia de información, abuso verbal y abuso

físico, del cual se reportaron dos formas: brusquedad en la realización de procedimientos y golpes en piernas y manos. Además de la utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer, se reportó abuso verbal, burlas, sometimiento, amenazas, comentarios denigrantes respecto a la vida sexual de las maternas. De nuevo se concluyó la importancia de implementar medidas que desarticulen los actos violentos en las salas de parto (Valdez, Hidalgo, Mojarro, & Arenas, 2016).

Otros temas considerados como violencia son el rechazo hospitalario, la demora y la obstaculización en la atención de las mujeres gestantes, dados los procesos de referencia y contrarreferencia de los servicios, ya que esto afecta negativamente los resultados en la salud materno-perinatal.

Esta problemática fue explorada en 2012, en una investigación realizada en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México, mediante la realización de 35 entrevistas a mujeres en puerperio. En este estudio se evidenció que el 57 % de las mujeres tuvo que buscar más de un sitio para lograr la atención obstétrica final. De estas, el 25 % visitó dos lugares, el 17 % tres y 15 % acudió a más de tres instituciones de salud. Adicionalmente, las mujeres percibieron no ser atendidas de forma adecuada antes de ser redireccionadas, por sus propios medios, a otros lugares. Se identificaron consecuencias y complicaciones secundarias a la demora en la atención. Se concluyó que el sistema de referencia y contrarreferencia puede representar un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna y aumentar los índices de morbilidad y mortalidad materna (Collado & Sanchez, 2016, págs. 33 - 42).

En Colombia el trabajo *El continuo ginecobs-tétrico* (Monroy, 2012) recoge experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, etnográfico, donde se relatan las vivencias de 17 mujeres que sufrieron acciones violentas durante su atención en los servicios de cuidado materno-perinatal. Presenta además un diario de campo observacional que narra las vivencias en una sala de parto de un hospital público. La autora evidencia las relaciones jerárquicas, disciplinantes y violentas entre los trabajadores de salud y las mujeres cuando son

gestantes, parturientas o en posparto. Además, que la VO se presenta de forma longitudinal durante el proceso de gestación en forma de malos tratos, imposición de procedimientos médicos innecesarios y negación del protagonismo de las mujeres, afectando el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y su salud y la del bebé.

Recientemente, en 2016, se presentó un estudio cualitativo llamado *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* (Vallana, 2016, págs. 7-20), en donde se narra la experiencia de VO vivida por la autora y otras madres en la ciudad; cómo algunas prácticas obstétricas violentas han sido “científicamente legitimadas, naturalizadas y culturalmente aceptadas” tanto en el entorno de los trabajadores de la salud como en las madres parturientas o en puerperio, que incluso deben agradecer en todo momento por los procedimientos realizados. En el estudio se resalta cómo se subestima el cuerpo y la voluntad de la madre y se otorga un falso protagonismo a las acciones e intervenciones ajenas al cuerpo de la mujer en periodo de trabajo de parto o posparto. Adicionalmente, plantea que el proceso del embarazo hasta el puerperio no es solo un acontecimiento biológico, sino una construcción social y política cimentada en las estructuras de subordinación de las mujeres y se construye desde los controles prenatales, «abonando el terreno para la consecución de cuerpos dóciles y participativos que consienten intervenciones, procedimientos e insultos durante el parto» (Vallana, 2016, pág. 7).

En conclusión, existen diversidad de prácticas o actos de violencia contra la mujer que se enmarcan en la definición de VO y afectan la salud y el bienestar del gestante nivel físico, psicológico, emocional e intelectual; las cuales han sido estudiadas por diferentes actores a nivel mundial y latinoamericano, buscando comprender el fenómeno y proponer retos y recomendaciones para su solución.

4.3.Salud materna y equidad de género

Son muchos los acuerdos internacionales que dan cuenta de la búsqueda de la equidad de género durante el embarazo. Lo que lleva a reconocer que la salud materna debe desarrollarse en condiciones de equilibrio. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, También expresa que «tanto la maternidad como la infancia son etapas en las cuales las personas tienen derecho a cuidados y asistencia especiales» (Cáceres & Molina, 2010, pág. 233).

En 1966 el Pacto Internacional por Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) enfatizó «la necesidad de educación e información, en particular en temas concernientes a la salud sexual y reproductiva», en la prestación de servicios acorde a las necesidades de las mujeres. Adicionalmente, se sugiere proporcionarles a los niños un inicio parejo de la vida, lo que se refleja en una adecuada salud materna (Cáceres & Molina, 2010, págs. 231 - 234).

En 1978, con la declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria en salud (APS), se incluyeron dentro de los cuidados la educación, atención materno infantil y planificación familiar, lo que se reiteró en 1986 con la Carta de Ottawa. En 1987 se presentó en Nairobi una iniciativa por una maternidad sin riesgo. En la Conferencia de Adelaida, Australia, de 1988, se recomendó la adaptación de las «prácticas obstétricas respetando las preferencias y necesidades de la gestante» (Cáceres & Molina, 2010, pág. 234). En 1992, en Bogotá, se suscribió el compromiso de fortalecer la participación, eliminar las inequidades en contra de las mujeres y propiciar con ellas un diálogo de saberes. Luego, en Beijing, 1995, en el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, «se pidió igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres, con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos» (Cáceres & Molina, 2010, pág. 234).

Con el fin de eliminar y/o reducir la brecha de inequidades de género, la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, China en 1995, sugirió la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias en salud, buscando además el reconocimiento de inequidades de género que vulneran el ejercicio del derecho a la salud. Lo anterior implica una distribución de recursos de acuerdo con las necesidades específicas

de hombres y mujeres, y que el pago de los servicios asistenciales se ajuste a la capacidad económica y no a los riesgos propios del sexo o a sus necesidades, pues las mujeres por su mayor longevidad y los procesos reproductivos tiene mayor morbilidad que los hombres. Además, se deberán considerar las inequidades intragénero dadas las intersecciones de clase, raza, etnia y velar por la eliminación de la discriminación y las barreras de acceso. Adicionalmente, es importante fomentar los procesos de participación democrática en salud, animando a las mujeres a formar parte activa en la formulación y vigilancia de los aspectos que la afectan (Gómez, 2002, págs. 454-258).

Es importante resaltar que las causas de enfermedad y muerte son diferentes en mujeres y hombres. Un ejemplo de este aspecto se presenta con el embarazo, sin embargo, y a pesar de que sus complicaciones persisten, se convierte en una de las primeras causas de mortalidad en mujeres en edad reproductiva «Por su carácter prevenible e injusto la OPS ha calificado la mortalidad materna como el reflejo más claro de la discriminación y de cómo su baja categoría social perjudica a las mujeres» (Gómez, 2002, pág. 456).

En los Objetivos de Desarrollo del Millenio (ODM) 2000-2015 se sostuvo la necesidad de disminuir la mortalidad materno-perinatal y las inequidades, y en 2003 la OMS hace hincapié en la APS para el logro de los ODM, con el fin de eliminar las inequidades, entre estas las relacionadas con el género (Cáceres & Molina, 2010, pág. 234).

Posteriormente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015-2030 se planteó, en su objetivo 3, salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, por medio de la cobertura sanitaria universal, que, en este caso, cobije a la mujer en todas las etapas de la vida, incluyendo la gestación. Además, sugiere el acceso pleno por parte de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing, lo que se reitera en el objetivo 5; dichos servicios incluyen la planificación familiar y la atención oportuna y apropiada del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Igualmente, propone para el 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Adicionalmente, los ODS, en su objetivo 5, igualdad de género, se busca lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas. Proponen poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo, dentro de las cuales se pueden identificar algunas formas de discriminación por edad, clase, etnia, religión que se presentarían durante la atención del proceso obstétrico. También se reitera la necesidad de eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación, lo que incluye de forma implícita la VO (Organización de Naciones Unidas, 2015).

Sin embargo, la realidad mundial difiere de las propuestas y acuerdos nacionales e internacionales, ya que no todas las gestantes pueden acceder al 100 % de los servicios o se presentan demoras en su inicio, en muchas ocasiones debido a desigualdades (clase, raza, etnia, trabajo, gobernanza, distribución del poder y la tierra, entre otros).

Uno de los aspectos a abordar es la pobreza, que se interrelaciona con los fenómenos de salud de forma bidireccional (Cáceres & Molina, 2010, pág. 232). Las maternas con menor capacidad adquisitiva presentan menos posibilidad de acceder a los cuidados prenatales por motivos como la afiliación a un sistema de salud, los transportes, dificultades con los permisos laborales, entre otros. Lo que ejemplifica cómo los gradientes sociales afectan la salud materno-perinatal y se evidencia que no solo se presentan inequidades de género, sino intra-género.

A modo de conclusión, cabe destacar que, pese a los múltiples acuerdos internacionales, políticas y programas, la equidad en salud para las mujeres es aún un tema que requiere fortalecimiento para disminuir la morbimortalidad femenina, en especial durante el periodo de gestación, buscando garantizar la salud integral de las mujeres.

Durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, es prioritario que las mujeres, como dueñas de sus cuerpos, participen activamente de cada una de las decisiones a nivel

individual, durante las consultas, procesos y procedimientos médicos. Adicionalmente, a nivel colectivo, formando parte decisoria en la creación de políticas, planes, proyectos, actividades y protocolos de atención del embarazo; del mismo modo, ser veedoras de su cumplimiento y su adaptación de acuerdo con las particularidades de la población.

5. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo cualitativo, exploratoria y descriptiva, que se desarrolló en dos componentes: revisión documental y análisis de casos. A continuación, se presenta detalladamente cada uno de los componentes.

5.1. Componente 1

Con el fin de responder a los objetivos específicos, este componente buscó describir e identificar dentro del contenido de convenios, pactos internacionales, acuerdos, jurisprudencia, normas, políticas, lineamientos y programas, cómo se concibe la atención del embarazo, parto y puerperio.

Se realizó una búsqueda de normas y políticas sobre el tema de violencia obstétrica y normatividad a nivel mundial, latinoamericano y colombiano en portales de la OMS (www.who.int), de la OPS (www.paho.org) y de la Organización de Naciones Unidas (www.un.org), teniendo en cuenta los siguientes criterios: documentos donde se contara con datos sobre la atención obstétrica, recomendaciones para condiciones adecuadas de atención del parto y abordaje de derechos de las mujeres, violencia contra la mujer y violencia obstétrica.

En total se revisaron 30 documentos que cumplieron con los criterios en tres niveles:

- a. A nivel internacional: pactos (PIDESC-1976); convenciones (CEDAW-1979, Convención Belem do Pará-1994); declaraciones (ONU Declaración derechos humanos-1948, OMS Fortaleza Brasil-1985, ONU-Sobre eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer-1993, OMS-2014); conferencias (El Cairo-1994, Beijing-1995) e informes (OMS-Cuidados parto normal-1996).
- b. A nivel latinoamericano: leyes (Venezuela-2006, México-2007, Argentina-2009, Costa Rica-2015); proyectos de Ley (Ecuador-2012, Chile-2013, Bolivia-2013, Brasil-2014) y lineamientos (CLAP-1983, OPS/CLAP-2015).

- c. A nivel nacional: resoluciones (Ministerio de la Protección Social R.412-2000); leyes (Ley 1257-2008, Ley 1751-2015); políticas (política nacional de salud sexual y reproductiva-2003, política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos PNSDSDR-2015); planes (Plan de choque disminución mortalidad materna extrema-2003, Plan decenal de salud pública-2013); lineamientos (Ministerio de Salud Atención del parto-2006, UNICEF/PROINAPSA/UIS Lineamiento IAMI-2003, Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de embarazo, parto y puerperio-2013) y jurisprudencia colombiana sobre fallos del Consejo de Estado.

Para el estudio de este componente se definieron las categorías y variables que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Matriz de categorías y variables (componente 1)

Categorías	Variables a indagar	Fuentes de información
Lineamientos sobre cuidados en la gestación	Objeto general del documento.	1. A nivel internacional: pactos, convenciones, declaraciones, conferencias y recomendaciones.
	Recomendaciones sobre atención del embarazo, parto y puerperio.	
	Consideraciones sobre la VO.	
Derechos sexuales y reproductivos	Objeto general del documento.	2. A nivel latinoamericano: leyes, proyectos de ley y lineamientos generales.
	Recomendaciones sobre atención del embarazo, parto y puerperio.	
	Consideraciones sobre la VO.	
Violencia obstétrica	Objeto general del documento.	3. A nivel nacional: resoluciones, políticas, planes, lineamientos y jurisprudencia.
	Recomendaciones sobre atención del embarazo, parto y puerperio.	
	Consideraciones sobre la VO.	

Fuente: elaboración de los autores, 2017.

La recolección y análisis de normas y políticas se realizó entre marzo de 2016 y mayo de 2017. Para el registro, organización y procesamiento de la información se construyó una matriz siguiendo las categorías previstas (anexo 1).

Los documentos fueron analizados utilizando la técnica de análisis de contenido para identificar los contenidos y fundamentos de las políticas y normativas que contribuyen a una adecuada atención durante el proceso de embarazo, trabajo de parto y atención del parto, así como para identificar el abordaje del fenómeno de VO o los vacíos que pudieran revelar factores relacionados con trato no adecuado a la población gestante.

5.2. Componente 2

Este componente buscó analizar, a partir de casos, las percepciones de mujeres sobre cuáles prácticas comunes dentro de la atención del embarazo, trabajo de parto, atención del parto y puerperio se consideran como VO, en qué condiciones ocurrieron y cuáles son las explicaciones y posibilidades de cambio; respondiendo así al objetivo específico 3.

Se realizó un análisis de casos representativos de mujeres con experiencias particulares durante la atención de parto, que por su resonancia e implicaciones sociales o familiares ilustran la variedad de prácticas innecesarias⁸.

Los criterios de selección de las mujeres fueron los siguientes:

- Mujeres con edad entre 18-40 años en el momento del parto, teniendo en cuenta que en este rango de edad se considera un embarazo de bajo riesgo y no requiere cuidados especiales adicionales según enfermedades asociadas o criterios de instrumentación.
- Pertenecientes a alguno de los regímenes de seguridad social para poder explorar si existen condiciones y percepciones similares o diferentes en las mujeres que hacen aportes a salud.

⁹ Se optó por casos representativos cuya intención es conocer las experiencias de mujeres para dar cuenta de un fenómeno sin adentrarse en sus relaciones con el contexto propio de un estudio de casos, un tipo de investigación que permite entender un fenómeno específico, a profundidad, en el contexto en el que se encuentra (Yin, 2009, pág. 13), y analizar las relaciones que tienen con las diversas condiciones sociales, económicas, culturales, entre otras. (Stake R. , 2005, pág. 449).

- Con cualquier nivel de estudios para explorar si hay relación en las percepciones de mal trato de acuerdo con su contexto social-educativo.
- Asistencia a controles prenatales (al menos a un control), ya que esto asegura su inclusión dentro del seguimiento por parte del sistema de salud y la categorización como embarazo de bajo riesgo.
- Haber tenido el último parto a menos de 10 años, con el fin de tener más vigentes sus experiencias y detalles de estas.
- Aceptar libremente participar en el estudio.

Se contactaron 32 mujeres vía telefónica y personal, entre los meses de septiembre de 2016 y abril de 2017, de las cuales cumplieron los criterios y aceptaron ser entrevistadas 15, a las cuales se accedió a través de varias vías:

- Equipo Médico de Educación para la Maternidad (EMESFAO). Asociación colombiana que se ha encargado de introducir la práctica de los métodos psicodinámicos en obstetricia desde la década de los años 50 y hasta la fecha, y de formar instructoras de psicoprofilaxis obstétrica y educadores para la maternidad. Además, busca agremiar a todas aquellas personas dedicadas a la interacción y educación de la población materna en las etapas de gestación, parto, posparto y crianza, ofreciendo respaldo a sus miembros y a la comunidad dedicada a trabajar en el tema. Se entrevistaron 4 mujeres por medio de esta institución.
- Mujeres con experiencias de violencia durante la gestación, que tienen hijos asistiendo al Jardín Infantil Piedra Verde, institución educativa de servicio social de la alcaldía Mayor de Bogotá (en consorcio con Caja de Compensación Familiar – CAFAM), ubicado en el Barrio Lisboa de la localidad de Suba. De esta institución fueron entrevistadas 6 mujeres.
- Mujeres en contacto (madres) del hogar comunitario FAMI (familia, mujer e infancia) – La Esperanza- del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Estos centros son puntos de atención establecidos por el ICBF, donde se brinda atención y apoyo a menores de dos años, mujeres lactantes y mujeres gestantes, todo con el objetivo de fortalecer y garantizar un mejor vínculo afectivo familiar y para un adecuado desarrollo

de niños y niñas, propendiendo por prácticas adecuadas de crianza y previniendo todo lo asociado con violencia y maltrato infantil. De esta institución se entrevistaron 5 mujeres

A las mujeres seleccionadas se les realizó una entrevista semiestructurada con una guía de preguntas orientadoras (Anexo 2), con el fin de identificar la percepción que tienen de cada una de las prácticas vividas durante el proceso de atención obstétrica.

Todas las mujeres aceptaron ser entrevistadas y dieron su consentimiento por escrito y verbalmente para ser grabadas en audio. Las entrevistas fueron transcritas sin edición y registradas posteriormente en una matriz de categorías y aspectos a indagar (Tabla 2).

Tabla 2. Matriz de categorías, subcategorías, variables de indagación y fuentes de información (componente 2)

Categorías	Subcategorías	Aspectos a indagar/Variables
Características sociodemográficas	Aspectos demográficos	Edad Estado civil
	Aspectos socioeconómicos	Nivel de estudios Régimen de aseguramiento Ocupación
	Aspectos gestacionales	Paridad Último parto Vía de último parto
	Abuso físico	Uso de la fuerza Inmovilización Prácticas invasivas Suministro de medicamentos no justificados
Tipos de violencia obstétrica	Abuso verbal	Lenguaje irrespetuoso Comentarios juzgadores Burlas Amenazas
	Discriminación	Clase Edad Raza Régimen de afiliación Religión Orientación sexual Condición específica

	Mala praxis	Exploraciones vaginales dolorosas Negación de métodos de alivio de dolor Operaciones quirúrgicas no consentidas Procedimientos no justificados Negligencia o abandono
	Relación poco amable madre-trabajador de la salud	Comunicación no efectiva Actitud irrespetuosa por parte de los agentes sanitarios Prohibición del acompañamiento de una persona relevante para la mujer
	Falta de condiciones adecuadas del sistema de salud	Recursos humanos Recursos Físicos Recursos institucionales – administrativos
Percepciones		Consentimiento informado Sistema General de Seguridad Social en Salud Personal de servicios de salud Autonomía
Propuestas de cambio		Acompañamiento por una persona relevante Necesidad de privacidad e intimidad Humanización del servicio

Fuente: elaboración de los autores, 2017.

Durante el trabajo de campo y el análisis emergieron los siguientes aspectos:

- Percepción sobre el sistema general de seguridad social en salud.
- Información general del sistema a gestante y familia.
- Condiciones de infraestructura dentro de la prestación de servicios de salud.
- Relación docente-asistencial (ámbito educativo sector salud).
- Condiciones personales de la gestante (sobre el acompañamiento permitido y la normalización de la atención).

Para realizar el análisis de la información se utilizó la técnica de Análisis de Contenido (Mayer & Quelle, 1991), método que permite descubrir el significado del mensaje transmitido, a través de clasificación y codificación de los diversos elementos que van emergiendo del texto. Esta técnica permitió identificar en los relatos tendencias o divergencias en el contexto particular de cada una de las mujeres.

Para el desarrollo y ejecución de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, proclamados en la declaración de Helsinki de 1964 y adoptados por la Asociación Médica Mundial (AMM) con su más reciente enmienda en el 2013 y el Informe Belmont de 1979, la resolución 008430 del 4 octubre de 1993, que clasifica esta investigación como de mínimo riesgo.

Para efectos del uso de datos bibliográficos y fuentes, se respetó la norma de uso de derechos de autor (Ley 23 de 1982), específicamente el artículo 20, sobre el manejo de fuentes primarias y secundarias escritas de productos científicos. Respetando el principio de autonomía de las participantes (mujeres) y en aras de la no transgresión de la intimidad ni vulneración de la dignidad. Para la realización de encuestas y entrevistas se aplicó y explicó detalladamente un consentimiento informado (Anexo 3) donde se dieron a conocer las características de la investigación y objetivos de esta, de forma tal que se plasmara la voluntad e intención o no de participación, tal como consta en el artículo 15 de la Resolución 008430 del 4 octubre de 1993. También con el objetivo de preservar el anonimato de los participantes no se publicarán nombres reales en los productos de la investigación.

6. RESULTADOS

Siguiendo con los objetivos trazados dentro de la presente investigación y para hablar de pautas sobre las buenas prácticas de atención para las mujeres y el énfasis en las recomendaciones sobre el trato que se les debe dar, se describe lo encontrado en pactos, convenciones, declaraciones, conferencias y recomendaciones internacionales, sobre la gestación y parto.

Para lo anterior fueron tenidas en cuenta categorías de orientación general del documento sobre la adecuada atención del parto, sobre derechos sexuales y reproductivos y la visibilidad del fenómeno de violencia obstétrica.

6.1. Atención del embarazo, parto y puerperio y visibilidad de la violencia contra la mujer en los principales instrumentos internacionales

En 1948 se proclamó y adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconociendo y resaltando el valor de los seres humanos y la igualdad de derechos entre los hombres y las mujeres, como un ideal común a todos los pueblos y naciones. Dicha declaración se busca promover el progreso social y elevar el nivel de vida, mediante la cooperación de los estados miembros de la ONU, quienes por medio de la enseñanza y la educación propendan por promover y asegurar los derechos y libertades humanas, y crear medidas nacionales e internacionales para su reconocimiento y aplicación.

Esta declaración consta de 30 artículos donde se resaltan los derechos a la vida, la libertad, igualdad, dignidad, la no discriminación, seguridad, no ser sometido a esclavitud o servidumbre o a torturas crueles, al reconocimiento de su personalidad jurídica, a la protección e igualdad ante la ley, a la presunción de inocencia, a no tener injerencias en su vida o su familia, asilo en caso de necesitarlo, a una nacionalidad, a las libertades de pensamiento, opinión y reunión, al trabajo, a ser participe en las decisiones gubernamentales, al descanso, a la educación y a la vida cultural.

Esta declaración especifica que el ser humano tiene derechos inalienables, dentro de los que se encuentra una vida libre de violencia, y dado que se expresa que estos derechos son iguales para hombres y mujeres, esto se hace extensivo a ellas en todos los momentos de la vida. Sin embargo, no hace alusión específica a las violencias contra las mujeres en el momento del parto.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue establecida en 1946 por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y aprobada hasta 1979 por la Asamblea General de esta organización. Esta convención tiene como objetivo seguir de cerca la situación de la mujer y promover sus derechos, incorporando a la población femenina a la esfera de los derechos humanos en sus distintas expresiones. Además, pone de manifiesto todos los aspectos en los que a la mujer se le niega la igualdad con el hombre. También promueve el acceso a los servicios apropiados durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio; lo que indica que toda acción o conducta que ocasione daño, lesión, sufrimiento de cualquier tipo o hasta la muerte, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva, constituyen formas de violencia y discriminación.

Recientemente, en 2013, la convención plantea que los países que hacen parte avalarán a las mujeres los servicios pertinentes relacionados con el estado de embarazo y todas sus fases, proporcionando servicios gratuitos cuando estos sean requeridos o necesarios. Se considerará una transgresión a los derechos fundamentales de las mujeres el no propender los servicios de salud materna adecuados, que satisfagan las necesidades particulares o específicas de la población gestante (Organización de Naciones Unidas, 2013).

Dentro de este documento se evidencia el abordaje de los derechos de la mujer, como ser humano, en cuanto al acceso a los servicios de salud, con oportunidad y pertinencia; declarando que el no cumplimiento de lo anterior se convierte en una vulneración a los derechos de estas. No hay una acometida particular sobre los derechos sexuales y reproductivos y no se mencionan pautas de un adecuado manejo de la atención del parto,

por consiguiente no se incluye la violencia obstétrica como parte de las violencias de género.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de la ONU, Resolución 2200A (XXI), el 19 de diciembre de 1966, y que entró en vigencia en enero de 1976, reconoce que los derechos económicos sociales y culturales se consideran prioritarios para alcanzar las necesidades básicas de la población y vida digna. También consagra el derecho de toda persona al disfrute de la salud, de la libertad de ejercer control sobre su cuerpo, incluyendo lo relacionado con lo sexual y reproductivo. En su artículo 10 contempla la protección y asistencia familiar, obligando a velar por la atención de la salud materna (en todos sus momentos) y de la salud infantil, dando los beneficios económicos requeridos para un adecuado desarrollo (Organización Naciones Unidas). Dentro de sus planteamientos, el documento no incluye un abordaje de la violencia obstétrica ni de las recomendaciones para la atención del parto.

En diciembre de 1993 con la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de la ONU, se busca contribuir a la igualdad de género y a la eliminación de todo tipo de violencia y agresión contra la mujer, y define la violencia como

[...] todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (1993, pág. 4).

La anterior definición incluye a las mujeres en cada uno de sus ciclos vitales, dentro de estos la gestación y los procesos de trabajo de parto, parto y puerperio, reiterando que este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales.

Si bien esta declaración internacional da grandes luces sobre la temática de la violencia contra la mujer, no se evidencia descripción sobre actos violentos o no dignos dentro de la gestación o en el momento del parto.

En la Conferencia de El Cairo, sobre la población y el desarrollo en 1994, denominada como *el rumbo hacia una realidad mejor*, participaron las delegaciones de 179 Estados, con el objeto de promover nuevas estrategias para abordar los requerimientos de las mujeres y de los hombres (de manera individual). Adicionalmente, se incluye el criterio de avivar la voz y autonomía de la mujer, ofreciéndole o garantizándole una mayor oferta de servicios de salud y educación, con el acceso y la oportunidad debida para este fin.

Dentro de las pautas emitidas por esta reunión, se indica la necesidad de promover métodos de planificación familiar. Reclama a los gobiernos participes a aumentar y fortalecer el compromiso con la salud de la población femenina, especialmente en el problema de salud pública, que para dicho momento se veía reflejado en el aumento de prácticas de aborto a nivel mundial. Con respecto a este tema, se generó un gran debate entre los directivos de la conferencia, refiriendo textualmente que uno de los objetos de esta era «[...] reducir los centenares de muertes de madres que ocurren cada día debido al aborto en condiciones de riesgo, mediante programas más fuertes de planificación de la familia y salud de la reproducción». Al mismo tiempo refiere la importancia que cada país aborde esta temática puntual dentro de la legislación y prácticas de salud.

En esta conferencia se hizo mención del tema de violencia a nivel sexual, abordó el tema de condiciones adecuadas para la atención del parto, sugiriendo la realización oportuna de diagnóstico y tratamiento temprano de complicaciones del embarazo, parto y aborto, y una adecuada educación sobre la maternidad segura, garantizando la asistencia adecuada en los partos, para así disminuir la aplicación de prácticas innecesarias.

Posteriormente, en 1994, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) expresa que los Estados miembros deberán abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la

mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, así como adoptar las medidas jurídicas apropiadas para prevenir, sancionar y erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres. Adicionalmente, dispone prestar especial atención a la mujer embarazada (Organización de Estados Americanos).

Esta convención no aborda la temática sobre condiciones adecuadas para la atención del parto, ya que su enfoque principal es el establecer medidas para la prevención de las múltiples formas de violencia contra las mujeres. Por tanto, no hace mención de conceptos sobre violencia contra las gestantes, pero sí resalta los de la mujer.

En 1995 se celebró en Beijing (China) la Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se promulgó la declaración a favor del empoderamiento de las mujeres. Este documento estableció varios objetivos estratégicos para el progreso de las mujeres y la meta de la igualdad de género en aspectos como: la mujer y la pobreza, educación y capacitación de la mujer, la mujer y la salud, violencia contra la mujer, mujer y los conflictos armados, mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, los derechos humanos de la mujer, entre otros.

En esta conferencia se presentaron consideraciones sobre inequidades y oportunidades desiguales de las mujeres con respecto al acceso, mantenimiento y promoción de la salud. Hace también hincapié en la falta de visibilidad de las diferencias, en cuanto al contexto en que viven, de los servicios de obstetricia de muchos de los países en desarrollo, reconociendo también que no se tiene en cuenta la falta de autonomía de la mujer respecto a su salud.

También se plantea, dentro de la discusión, la exposición de las mujeres a múltiples riesgos, dados por las deficiencias en los servicios de salud, en cuanto a lo que se refiere a su salud sexual y reproductiva, llevando a concluir que las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio se cuentan como causas principales de morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Y no solo en estos aspectos, sino también describiendo la no garantía de

respeto, privacidad y confidencialidad dentro de las atenciones en los servicios de salud, tratando siempre todos los acontecimientos en la vida de la mujer como problemas médicos, que terminan en procedimientos e intervenciones innecesarias o en medicaciones incorrectas.

Es clara, en el curso de todo el documento, la intención de lograr el empoderamiento y el incentivo a todas las mujeres a que tomen la bandera de sus decisiones sobre sus condiciones a todo nivel, teniendo claridad en las diferencias en el manejo de condiciones durante todo su ciclo vital. Esto, descrito en dicha conferencia, deja expuesto el conocimiento de la problemática, sin que se nomine tal como es, violencia contra las mujeres dentro de este periodo o etapa vital.

Dentro de la normativa sanitaria internacional sobre la atención del embarazo y el parto, se pueden encontrar otras instituciones como la OMS, OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), que han formulado directrices para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio temprano, en las mejores condiciones para la madre y el recién nacido, mediante una atención humanizada con calidad y calidez, con el objetivo de mejorar el bienestar materno-fetal.

En 1985 la OMS promulgó la Declaración de Fortaleza, Brasil, sobre la tecnología apropiada para el parto, donde se plasman algunas recomendaciones para un adecuado desarrollo de la atención, resaltando que el proceso de nacimiento es un proceso normal y natural. Adicionalmente, refiere que toda mujer debe tener una atención prenatal adecuada y el papel central en el proceso de gestación, y no solo al momento del nacimiento.

El documento sugiere que para llevar a cabo estas consideraciones se debe instar a los servicios de salud a transformar su planteamiento de atención preferencial hacia las mujeres gestantes, no solo procedimentalmente, sino en aspectos de humanización y actitud en el servicio.

Aborda temas de legislación e investigación en materia de tecnologías apropiadas para la atención del parto, información a la comunidad, autocuidado para la gestante y su familia, fomentar las acciones coherentes con una actitud adecuada para garantizar la continuidad en la atención del parto en las mejores condiciones de calidad; recomienda posibilitar la coexistencia de métodos alternos de atención del parto (parteras), respetando costumbres particulares de las mujeres, como el destino de la placenta, que comer o vestir y el acompañamiento de un familiar cercano. Invita a fortalecer la formación educativa en salud (técnico, actitudinal) con el fin de mejorar y hacer integrales las atenciones médicas, mejorando así la relación intrafamiliar y sugiere mantener las tasas de cesáreas inferiores al 10-15 %.

En cuanto a los procedimientos específicos al momento del parto, señala que no hay indicación única de cesárea posterior a un procedimiento igual previo y que la ligadura de trompas de Falopio no lleva consigo una indicación expresa de cesárea; que no se requiere uso de ningún equipo electrónico para escuchar los latidos cardíacos fetales de manera continua (solo en casos donde la condición clínica del bebé lo requiera), como tampoco hay indicación de rasurado o aplicación de enemas evacuadores antes del parto, y se aclara que no hay justificación para la realización del parto en posición horizontal. La inducción del parto con uso de medicamentos que lo aceleren debe ser totalmente justificada y no superar su utilización en el 10 % de las maternas, además, que no existe indicación de romper de manera prematura las membranas placentarias.

Con todo esto, la declaración concluye que los Estados partícipes y sus instituciones sanitarias y educativas superiores deben realizar una evaluación y seguimiento, de manera continua, a las tecnologías utilizadas para la atención del parto, con la intención de disminuir o eliminar las prácticas innecesarias, garantizando, de esta forma, un respeto por los aspectos biopsicosociales del momento del parto.

En 1996 la OMS presentó el Informe de *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, en donde se abordan temas sobre la atención del parto normal, presenta recomendaciones sobre las prácticas comunes que deberían ser promovidas por ser claramente útiles,

desalentando practicas sin evidencia clínica que interfieran en la salud materna y perinatal, haciendo énfasis en las practicas que deben hacerse con cautela por no tener suficiente evidencia, y mostrando las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente (1996, págs. 1-4).

Además, establece guías basadas en la evidencia para ser empleadas en la atención del parto, resaltando las recomendaciones expresadas en la declaración de Fortaleza-Brasil para superar las muchas prácticas innecesarias que siguen siendo realizadas. También formula sugerencias como la evaluación de riesgos durante la atención prenatal, el conocimiento de los roles por parte del personal asistencial y el fortalecimiento de destrezas al momento de la atención del parto. Resalta la importancia de continuar administrando líquidos y alimentos a las mujeres en trabajo de parto, la no restricción de la movilidad y da importancia a los métodos de alivio del dolor tanto farmacológico como no farmacológico, estableciendo en qué casos están indicados, y señala, además, que los exámenes vaginales deben ser espaciados para disminuir el riesgo de infecciones (Organización mundial de la salud, 1996, págs. 66-72).

Pese a que esta guía no contempla los temas de violencia contra la mujer o la gestante, da indicaciones útiles y aún vigentes al personal asistencial para un manejo óptimo de esta etapa a nivel biológico, psicológico y social, que, si se siguen a cabalidad, aminorarían las prácticas innecesarias y las acciones violentas durante la atención obstétrica.

Luego, en 2014, la OMS proclamó la *Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto*, donde se expresa que todas las mujeres tienen derecho a recibir los servicios de salud con la mayor calidad, incluyendo el respeto y dignidad durante el periodo de embarazo, parto y puerperio, sin ningún tipo de exclusión o discriminación. En dicha declaración se acepta que muchas mujeres sufren de trato irrespetuoso u ofensivo en los servicios de salud, lo que amenaza su derecho a la salud, la vida, la integridad física y la no discriminación.

En este documento se sugiere ejecutar un diálogo e investigación para realizar acciones efectivas frente a este problema de salud pública, por medio de gestiones como mayor respaldo gubernamental en investigación de la problemática, generación de programas para la atención materna respetuosa y con calidad, realzar el derecho a recibir una atención digna durante el embarazo y parto, generar pautas de responsabilidad e involucrar a la mujer en los esfuerzos de mejora de la atención.

La OMS también ha establecido recomendaciones puntuales para el manejo del parto prolongado como causa de morbilidad y mortalidad en las gestantes. Asociado a esto, esta organización recomienda que las cesáreas no deben superar el 10-15 % de todos los partos, por lo cual hay una creciente preocupación por el excesivo número de procedimientos quirúrgicos realizados, sin buscar otras intervenciones que permitan el parto vaginal (2015, pág. 3). Por tanto, esta entidad realiza un llamado a no apresurar la etapa expulsiva del parto de no ser requerido, ya que su uso inapropiado puede ser nocivo para la madre y el feto.

Con el objetivo de lograr partos en las mejores condiciones, de forma humanizada, sin impactos negativos y sin intervenciones clínicas que afecten la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados «se necesita una orientación basada en la evidencia que permita a los trabajadores de la salud mejorar la atención seleccionando bien a las pacientes y usando intervenciones efectivas» (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 3).

Estas pautas van direccionadas a todo el personal de salud que se encuentre en contacto con la atención de mujeres en embarazo, trabajo de parto, parto o puerperio, incluyendo los profesionales que se encargan de generar guías, protocolos y políticas nacionales o regionales, así como gineco-obstetras, parteras, enfermeras, médicos generales y administradores de programas de salud materno neonatal.

Desde 1983, el Centro Latinoamericano de Perinatología - Unidad de Salud de la Mujer (CLAP-SMR) publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP), que incluye herramientas que

reconocen la importancia de realizar un seguimiento estrecho al trabajo de parto y parto para evaluar su progresión y anticipar alteraciones con el fin de mejorar la calidad de la atención de madres y recién nacidos y evitar procedimientos innecesarios. Adicionalmente, esta herramienta promueve realizar informes nacionales, regionales y locales que permitan la vigilancia de eventos materno-neonatales, para determinar y atender las necesidades de la región (2010, págs. 3-6).

Posteriormente, este centro, en un trabajo conjunto con la OMS/OPS, presentó una propuesta técnica que busca promover y mejorar las capacidades de los países de América Latina en cuanto a la atención de la salud de la mujer, la madre y el recién nacido. Esta se orienta a la contribución técnica y fortalecimiento de las capacidades de los países para mejorar la salud sexual y reproductiva, anexando perspectiva de género y ciclo vital (Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP, 2015).

Se busca movilizar la voluntad política y marcos legales frente a la salud de las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la participación masculina y la mortalidad y morbilidad materna, perinatal y neonatal. A raíz de esto, se describe como preciso mejorar y fortalecer los recursos humanos y fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva promoviendo el empoderamiento de la mujer y de la comunidad (Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP, 2010, págs. 3-6).

En este aparte de la revisión internacional, se puede concluir que los documentos revisados anteriormente instan a dar la relevancia requerida a las mujeres y a fomentar el control y erradicación de todas las formas de violencia contra ellas. También es claro que desde hace más de 30 años se han venido generando recomendaciones no solo en cuanto al manejo de las instituciones sanitarias sobre los programas de salud sexual y reproductiva, sino que se han generado pautas para llevar a cabo una atención del parto en las mejores condiciones, no solo disminuyendo el uso de prácticas no debidas o potencialmente perjudiciales para el binomio madre-hijo, también fortaleciendo el desarrollo de una atención integral de las gestantes, incluyendo aspectos emocionales y de su entorno, claves para un equilibrio global.

Esto permite establecer que no solamente la parte conceptual de la VO es necesaria, también lo es seguir las directrices planteadas en los diferentes documentos internacionales, con el objetivo de no ocasionar actos que puedan entenderse como violentos o no dignos sobre la mujer en su embarazo, parto y puerperio.

Tabla 3. Atención del embarazo, parto y puerperio en los principales instrumentos internacionales y visibilización de violencia contra la mujer

Tipo de documento	Año	Documento	Categorías		
			Lineamientos sobre cuidados en la gestación	Derechos sexuales y reproductivos	Visibilidad VO
Pactos	1976	Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) – ONU			
Convenciones	1979	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDICM) – ONU			
	1994	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) – OEA			
Declaraciones	1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos – ONU			
	1985	Tecnología apropiada para el nacimiento (Declaración de Fortaleza) – OMS	x		
	1993	Sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer – ONU			
	2014	Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto – OMS	x		x
Conferencias	1994	El Cairo (sobre la población y el desarrollo)		X	
	1995	Beijing (cuarta conferencia mundial sobre la mujer)			
Informes	1996	Cuidados del parto normal, una guía práctica – OMS	X		

Fuente: elaboración de los autores, 2017.

6.2. Normas e iniciativas de visibilidad de la violencia obstétrica en América Latina

En Latinoamérica varios países han incluido la VO dentro de sus legislaciones, como una forma de violencia contra la mujer, tipificándola y ratificándola, haciéndola visible y punible.

La primera referencia es Venezuela. En noviembre de 2006 la Asamblea Nacional de este país aprobó la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, que en su artículo 15, apartado 13, tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, entre ellas la VO (Benítez, 2008) (Ministerio Público República Bolivariana de Venezuela, 2007). Adicionalmente, se establecieron medidas regulatorias y punitivas para evitar las acciones violentas contra las mujeres gestantes, en trabajo de parto, parto o puerperio.

El artículo 15 habla de la VO como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, expresada como trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo esto una pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos, impactando de forma negativa en la calidad de vida de las mujeres.

En el marco de la normativa venezolana se admiten como actos violentos la no atención oportuna y eficaz; obligar a la mujer a parir en posición acostada y con las piernas levantadas, pese a que existen los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre, sin causa médica justificada, negándoles la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de métodos de aceleración, sin el consentimiento informado de la mujer; practicar el parto por vía de cesárea aunque existan las condiciones para el parto natural.

Esto deja en claro la intención de seguir las pautas adecuadas en la atención del parto recomendadas por la OMS, que muestran el empalme de seguimiento de las guías con la vigilancia y control a quienes no las sigan.

Por otra parte, en México, desde febrero de 2007, mediante el decreto 218 se creó la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, en donde se reglamenta y sanciona, en el capítulo V bis, artículo 27, la VO como una forma de violencia contra la mujer. Además de sugerir la creación de programas para el fomento de la atención integral de la mujer en embarazo, parto y puerperio. Posteriormente, para el 2014 se tipificó como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. En esta ley se catalogan como VO, además de los casos ya mencionados por la legislación venezolana, la esterilización sin autorización, expresa y voluntaria de la mujer, y presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta o cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer (Senado de la República de México, 2014).

Los estados de Guanajuato, Distrito Federal, Durango, Chiapas y Veracruz, incluyeron en sus legislaciones la VO y tienen acciones punitivas para su regulación (GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2014). En un reporte de la Universidad Autónoma de México (UNAM), del año 2016, se expresa que en otros 17 estados se están realizando avances para tener leyes relacionadas con este tema (Universidad Autónoma de México, 2016).

En Argentina, desde el 2004, el Senado y la Cámara de Diputados promulgó la Ley Nacional núm. 25.929, referente al parto humanizado y los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. En esta se establecen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, entre los que se destacan ser informada sobre tratamientos, procedimientos, evolución y salud del recién nacido, además de optar libremente por la mejor alternativa médica, ser tratada con respeto, garantizando su intimidad y cultura, ser considerada como una persona sana para facilitar la participación en su propio parto, tener un parto natural evitando prácticas invasivas, suministro de medicación no justificada o investigación sin consentimiento. Además, debe estar acompañada de una persona de confianza hasta el posparto y de estar con el recién nacido cuando este no requiera cuidados especiales. También se especifica que la madre deberá ser

informada de los beneficios de amamantar y recibir asesoría en el cuidado sobre sí misma, el recién nacido y los efectos nocivos del tabaco y el alcohol. Esta ley también pone de manifiesto los derechos del padre y del recién nacido (2004).

Sin embargo, a pesar de que el término VO no se vislumbra en el documento, esta ley toca aspectos fundamentales frente al trato adecuado, oportuno, con calidad y calidez de la familia gestante hasta el posparto; promoviendo un seguimiento no solo en la salud física y/o mental de la mujer, sino en los trabajadores del área de la salud que, en algunos casos, actúan como causantes de trato no digno durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

En el año 2009 Argentina sancionó la ley 26.485 o *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, e incluye, en su artículo 6, además de las recomendaciones planteadas en el año 2004, la definición de VO como la que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, señalada como un trato deshumanizado, un abuso de patologización de los procesos naturales, para lo cual ejerce medidas regulatorias y punitivas para evitar este tipo de violencia en su territorio nacional (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina, 2009).

Otros países comienzan a tramitar la tipificación de la VO como una forma de violencia de género, entre ellos Ecuador, quien desde el año 2012 presentó los proyectos *Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias* y *Ley orgánica de parto humanizado* y *Ley de práctica intercultural para el parto humanizado en el Sistema Nacional de Salud*, con el fin de regular los mecanismos para garantizar una adecuada atención integral de la gestación y un parto humanizado con calidad, calidez, oportunidad, equidad, prevención, periodicidad, integralidad, de tal manera que pueda brindarse mayor y mejor atención a quienes requieren mayor asistencia médica; y así disminuir los riesgos que se pueden derivar de la intervención de parto quirúrgico.

Adicional a los aspectos mencionados en las otras legislaciones sobre el concepto y tipificación de VO, estos proyectos reconocen y garantizan la práctica de la salud ancestral

y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicina e instrumentos sobre el parto en el sistema nacional de salud; para asegurar el ejercicio integral de los derechos de la mujer, el menor y la familia, facilitando el acompañamiento del padre o una persona de la familia en el proceso de embarazo, parto y posparto. También se tiene en cuenta, de manera primordial, la interculturalidad, realizando un "diálogo de saberes" con el fin de validar las prácticas tradicionales del cuidado de la salud, atención del embarazo y parto. Además, tiene en cuenta la sensibilización a los profesionales frente a estas prácticas como parte de una integralidad en la atención.

Por su parte, Chile, desde el 2013, por medio del Observatorio de Equidad de Género en Salud, incluyó el término de VO y estableció la necesidad de la humanización en la atención del parto. Posteriormente, en marzo de 2015, la Cámara de Diputados planteó el Boletín núm. 9902-11 con un proyecto que «establece los derechos de la gestante en relación con la atención antes, durante y después del parto, modificando también el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica».

Este proyecto adiciona a los aspectos ya mencionados de otras legislaciones el de establecer y promover los derechos de las mujeres al momento de ser sometidas a cualquier procedimiento ginecológico, o bien cuando sean asistidas durante el trabajo de parto, parto y posparto, garantizando las condiciones adecuadas dentro de todos los procedimientos, el trato individualizado y el respeto por la intimidad de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto o posparto. Adicionalmente, el personal que asista al parto deberá proceder con estricto respeto a los derechos y el profesionalismo para asegurar la salud de la madre y el neonato (Cámara de Diputados de Chile, 2015).

En Bolivia, para 1996, con el Decreto Supremo núm. 24303 se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, encargado de otorgar asistencia médica a la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y puerperio, al recién nacido y al niño hasta los 5 años. En el año 2001 se emitió la resolución ministerial núm. 0496, que presenta las 18 prácticas y tecnologías apropiadas en la salud materna perinatal tomadas de los estamentos

internacionales, como la OMS, y sugiere atender denuncias de negligencia, discriminación, desinformación y maltrato, además de proporcionar información de auditorías médicas sobre mortalidad materna y neonatal. Empero, la denominación de violencia obstétrica no es tenida en cuenta ni catalogada como acto punible.

Para el año 2013, este país sanciona la Ley 348 para garantizarles a las mujeres respeto, una vida digna y libre de violencia. En el anteproyecto legislativo se incluyó, además de las buenas prácticas en la atención materna y neonatal, el término de VO como una forma de violencia contra la mujer, que incluye el trato deshumanizado, humillante y desinformado a las mujeres, sobre todo a mujeres indígenas, campesinas y afro bolivianas, a través del maltrato y la revictimización que realiza el personal de salud durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia. En este documento llama la atención la inclusión de otras etnias y sus necesidades culturales particulares, la solicitud de creación de un comité para la maternidad segura como organismo intersectorial orientado a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la búsqueda de medidas de prevención estructural, individual, colectiva y la regulación, tipificación, sanción y reparación por este delito. Sin embargo, todas las explicaciones legales frente a la VO fueron retiradas al momento de la firma presidencial.

En Brasil, el gobierno presentó en el año 2014, el proyecto de ley 7633, que tenía como objetivos principales el concepto de parto humanizado como regla y la lucha contra la VO. Dicho proyecto le garantizaba a la mujer el derecho a la asistencia humanizada durante la gestación, el parto y el puerperio, incluyendo al aborto, ya sea espontáneo o inducido, a la red de atención del Sistema Único de Salud (SUS) y servicios adicionales. El proyecto de ley también garantizaba el cumplimiento del plan individual de parto, que solo se puede cambiar en condiciones de urgencia que indican riesgo de muerte materna y/o fetal que solo debe realizarse después de consentimiento de la mujer.

No hay reporte de sanción de este proyecto de Ley, por lo que no hay presencia de leyes específicas y vigentes que penalicen y faciliten el reconocimiento de los derechos de las gestantes (Carvalho & Severi, 2016).

En el año 2015, Costa Rica presentó un proyecto de ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la VO en el expediente núm. 19.537-2015, por medio del cual se regulan los mecanismos para una adecuada protección de las mujeres en estado de embarazo, sus hijos o hijas, procurando así garantizar una atención integral de calidad, brindada de forma oportuna, eficaz y eficiente, con el fin de evitar muertes o malas prácticas médicas. Además, implementar medidas regulatorias y punitivas para evitar la VO por medio de sanciones como prisión o multas. Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Especial de la Mujer (Redondo, 2015).

Concluyendo este apartado de experiencias normativas en América Latina sobre la visibilidad del fenómeno de la VO, se encuentra que en los documentos legislativos revisados, los países inician el reconocimiento de las pautas y recomendaciones de la OMS sobre atención adecuada del parto, en otros se habla sobre la atención del parto humanizado, dejando claro que las sanciones y vigilancia estatal están dirigidas al no cumplimiento de dichas guías clínicas, con una meta común: la erradicación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres, incluyendo a las gestantes de forma específica.

Tabla 4. Normas e iniciativas de visibilidad de la violencia obstétrica en América Latina

Tipo de documento	Año	Documento	Categorías		
			Lineamientos sobre cuidados en la gestación	Derechos sexuales y reproductivos	Visibilidad VO
Leyes	2006	(Venezuela) Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, art. 15, apartado 13.	X		X
	2007	(México) Decreto 218 ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, cap. 5, art. 27.	X		X
	2004-2009	(Argentina) 2004. Ley nacional núm. 25.929 Parto humanizado y los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. 2009. La ley 26.485 o ley de la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, art. 16.	X		X
	2015	Costa Rica	X		X
Proyectos de ley	2012	Ecuador	X		X
	2013	Chile	X		X
	2013	Bolivia	X		X
	2014	Brasil	X		x
Lineamientos	1986	CLAP	X		
	2015	OPS/CLAP	X	X	

Fuente: elaboración de los autores, 2017.

6.3. La atención del embarazo, parto y puerperio en Colombia

Colombia ha tenido gran influencia de las conferencias y convenios descritos previamente, mostrando los grandes progresos que se han tenido con el objeto de erradicar la discriminación y actos de violencia contra la mujer. En este sentido ha tenido reconocimientos por parte de la CEDAW sobre los lineamientos planteados, aunque quedan retos y necesidades de mayor inclusión por parte del Estado de la voz de las mujeres en la creación de políticas públicas (Presidencia de la Republica de Colombia, 2013).

En Colombia, se han implementado en los últimos 15 años varios lineamientos o documentos normativos que dan cuenta de las recomendaciones para unas buenas prácticas en la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Se inicia este camino de seguimiento a las pautas de atención del parto en el país en el año 2000, con la Resolución 412, que establece la norma técnica para la atención del trabajo de parto. En ella se presentan las recomendaciones para la atención institucional del parto y la adopción de guías de atención para complicaciones hemorrágicas e hipertensivas. Pese a que no se tiene en cuenta la definición de VO ni cómo prevenirla, toca temas de seguimiento adecuado del trabajo de parto y atención del parto, llevando a reconocer prácticas innecesarias como de no realización obligatoria (Ministerio de Protección Social, 2000).

Para el 2003, pese a varias acciones implementadas para la reducción de la mortalidad materna en Colombia, las cifras e indicadores seguían alertando por su incremento, ya que la razón de mortalidad materna llegó a ser de a 104,9 por 100.000 nacidos vivos. Por ello, el Estado incluyó como un punto crítico y de interés en salud pública la disminución de las cifras de mortalidad en gestantes.

Para esto se formuló el *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en Colombia*, que se planteó para ser desarrollado en nueve meses posterior a su generación, anclándose como punto de partida para el fortalecimiento de la Política Nacional de Salud

Sexual y Reproductiva, intentando cumplir la meta de disminuir en un 50 % la mortalidad materna por causas evitables. De estas causas se tuvo información suficiente, con la revisión de datos y cifras importantes obtenidas de diversos estamentos (organismos internacionales, EPS, ARS, IPS, direcciones territoriales de salud, académicos, centros de investigación, universidades). Acerca de las otras causas (no evitables), se tiene poca información precisa, lo que deja claro la necesidad de abordar integralmente este fenómeno.

Con todo esto plasmado, el propósito de este plan fue el de fortalecer y garantizar los derechos humanos de las mujeres, con especial énfasis en el ámbito sexual y reproductivo, poniendo el tema de la mortalidad materna dentro de la agenda pública del país y estableciendo una estrategia de vigilancia y visibilización de los deberes que tienen los sectores sociales, institucionales y gubernamentales con respecto al interés de reducir la mortalidad materna en Colombia.

Para cumplir lo anteriormente descrito se abordaron temas cruciales, desde diferentes niveles como:

- Comunicación y movilización social:
 - Indiferencia social ante este fenómeno.
 - Barreras administrativas a la atención integral y con calidad del embarazo, parto y puerperio.
 - Discriminación positiva de las gestantes en su vida normal.
 - Detección de los signos y síntomas de alarma sobre las posibles complicaciones del embarazo.
- Fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de la gestión de las instituciones sobre los eventos de la mortalidad materna.

Está claro el deseo de mejorar la calidad de atención de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, pero al igual que otras de las políticas, planes y programas, no se muestra claramente la VO como fenómeno implícito en estas causas no directas que llevaban estas

cifras al nivel crítico en el que encontraban (Ministerio de Protección Social, 2003, págs. 1-24).

Para el mismo año, la UNICEF y el Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud de la Universidad Industrial de Santander (Colombia) PROINAPSA-UIS, en asociación con la iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) señalaron que «se debe garantizar la atención del parto con calidad y calidez dentro de un ambiente de respeto libre de intervenciones médicas innecesarias, favorecer el inicio temprano de la lactancia materna y el contacto inmediato piel a piel» (2003, págs. 34-35). Y fueron más específicos en este aspecto, ya que afirmaron que el contacto mínimo debe ser de 15 a 30 minutos para ayudar con el proceso de lactancia. Además, sugirieron la revisión de protocolos de manejo en las salas de parto y «rediseñarlos, si es necesario, de acuerdo con las Normas Técnicas y Guías de atención respectivas, a fin de favorecer el vínculo afectivo, el contacto piel a piel y el inicio temprano del amamantamiento» (UNICEF, 2003, págs. 34-35), dentro de un ambiente respetuoso y privado para la madre y su neonato, sin intervenciones médicas innecesarias.

Esta iniciativa pretende «brindar una atención respetuosa, cálida y oportuna a la madre para facilitar el trabajo de parto y en lo posible permitir el acompañamiento a la gestante por una persona significativamente afectiva» (UNICEF, 2003, págs. 34-35), permitiendo que los niños al nacer ejerzan el derecho a estar en compañía de sus seres queridos.

En el mismo 2003, la *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (SSR) expresó que la mujer tiene la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas, sin discriminación, coerción ni violencia. Además, se hizo explícito el derecho a servicios adecuados de atención de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos (Ministerio de Protección Social, 2003).

Posteriormente, en 2015, se actualizó este documento y se tituló *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*, cuyo objeto es desarrollar estrategias para velar por la salud integral, sexual y reproductiva de las personas,

independiente de su entorno, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios. Todo esto, con base en los lineamientos plasmados en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) donde se consideran los aspectos de la salud sexual y reproductiva como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública.

La actualización de la política de 2003 está guiada con pautas de algunos de los instrumentos internacionales y declaraciones, con los que Colombia se ha comprometido, como, por ejemplo, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, donde se señalaron los obstáculos para el logro de los objetivos en materia de derechos sexuales y reproductivos a pesar del reconocimiento de que estos son parte integral de los derechos humanos.

En términos generales, se afirma en los propósitos de este documento que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afectan los indicadores de mortalidad materna. A esta situación se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas.

Para ello se planteó como objetivo específico:

Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 68).

Con el fin de cumplir y lograr este y los demás objetivos de la política, se hace necesario identificar y eliminar las prácticas dentro de los servicios de salud que legitiman cualquier forma o tipo de violencia relacionada a los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos relacionados con la

gestación, así como en otros momentos o eventos relacionados con este tipo de derechos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 70).

Es importante el avance del país con la actualización de esta política, en la que emerge el tema de vulneración de derechos a las mujeres en diversos ámbitos de su vida, pero hace falta más visibilidad de la conceptualización de VO, con legislación puntual para entrar a vigilar y hacer punible la falta a los derechos específicos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

También se ha establecido una normatividad enfocada en el control de la violencia en general contra las mujeres, expresada en la Ley 1257 de 2008, que establece la sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, buscando garantizar una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado, y promueve la adopción de políticas públicas que garanticen el goce pleno de este derecho.

Esta ley define violencia contra la mujer en el capítulo 1, artículo 2, como:

[...]cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado (Congreso de Colombia, 2008).

Además, en ella se ratifica el Derecho Internacional Humanitario, las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, y, a nivel nacional, la Constitución Política de Colombia.

Tiene como principios para su interpretación y aplicación la igualdad para las mujeres en las políticas públicas, teniendo en cuenta que los derechos humanos son derechos de las mujeres, la corresponsabilidad de la sociedad y la familia con la mujer, el reconocimiento de la integralidad de la mujer y su autonomía, la no discriminación, el tratamiento según

sus necesidades particulares y la coordinación entre los diferentes estamentos para su atención integral.

Se reconocen los derechos de las mujeres, que además de los consagrados en la declaración de los derechos humanos, se hacen extensivos al conflicto armado buscando su restauración y se establecen medidas de sensibilización y prevención para evitar la violencia contra las mujeres, entre ellas la formulación y ejecución de políticas públicas, estrategias, planes y programas en pro de una vida libre de violencia, la formación de servidores públicos y el fortalecimiento de instituciones encargadas del manejo de víctimas de la violencia. A parte de crear programas de difusión para fomentar la igualdad entre hombres y mujeres evitando la discriminación, propone medidas educativas en las instituciones de enseñanza y las políticas públicas. Además, propone directrices para evitar la violencia contra la mujer en el ámbito laboral, familiar y social.

También da algunas recomendaciones para el sector salud, en cabeza del Ministerio de Protección Social a quien se le encomienda realizar los protocolos y guías de actuación en salud para las mujeres víctimas de violencia, reglamentar el Plan Obligatorio de Salud para incluir la atención a las víctimas, realizar las adecuaciones por las características particulares de cada territorio y promover el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Este documento establece que su seguimiento se realiza por parte de la Consejería de la Equidad de la Mujer, mediante un informe anual que refleja la situación de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, aunque esta ley toca los temas de violencia contra la mujer y establece medidas para su prevención y sanción, no se hace visible las necesidades y situaciones particulares a las que se ve enfrentada la población materna durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, y no se establecen estrategias para que el personal de salud encargado de la atención materno-perinatal reconozca y atienda las guías internacionales y nacionales establecidas para la atención del parto y evitar los algunos procedimientos innecesarios que podrían ser identificados como VO (Congreso de Colombia, 2008).

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) propone que la salud sexual y reproductiva, dentro de la cual se encuentra el proceso preconcepcional, de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, debería ser abordada desde la prevención y atención integral, con calidad mediante acciones coordinadas intersectoriales. Para lo anterior sugiere la creación de programas de atención humanizada, con enfoque diferencial y de derechos de género (como una dimensión estratégica), en un marco de igualdad, libertad, autonomía, no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, págs. 110 -114).

También se propone crear una sinergia entre medicina indígena y tradicional con estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 188).

Sin embargo, aunque el PDSP reconoce la necesidad de atención humanizada para garantizar la salud integral materna, no habla de la VO como parte de las violencias de género, por lo que no hay un abordaje de las acciones nocivas originadas desde el personal o las instituciones de salud. Tampoco se especifican las vías para acceder a tales derechos dentro de criterios de equidad de género y clase.

El PDSP contempla la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en diferentes espacios de la vida cotidiana en donde es preciso incluir el ámbito de la maternidad. Además de fomentar la «construcción de nuevas masculinidades y feminidades, buscando la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitimen las violencias de género» o la discriminación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 112). Por tal motivo, es pertinente incluir la VO como una forma de violencia de género que legitima acciones patriarcales por parte del personal y las instituciones de salud sobre la mujer gestante, que se ve, en muchas ocasiones, violentada, privada o limitada en sus derechos.

Frente a este tema también relevante incentivar estrategias de comunicación, movilización social e información, que le permitan a la mujer gestante ser participe, promotora y garante de tales derechos o equidad. Además, este plan sugiere incluir a los medios de comunicación en el impulso de los derechos, de la igualdad entre hombres y mujeres y la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente no sexista que cuestione las creencias y estereotipos.

Es relevante resaltar que el PDSP sugiere la necesidad de realizar un proceso de vigilancia epidemiológica y fortalecimiento de sistemas de información, para comprender y garantizar la atención segura e integral de la mujer durante un evento obstétrico. Sin embargo, no se considera que los agentes de salud pueden ser, en algunos casos, actores generadores de acciones violentas y este hecho debería ser registrado para concebir acciones en pro de soluciones integrales al problema de la VO, involucrando sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, págs. 114 - 117).

Adicionalmente el PDSP plantea la necesidad que las instituciones formadoras del recurso humano del sector salud y protección incluyan en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial.

En 2013 se estableció la *Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto y puerperio*, que busca crear unas recomendaciones para soportar a los profesionales y trabajadores de la salud con interés en el tema, para la toma de las mejores decisiones en el manejo integral de las gestantes y así mejorar la capacidad resolutive y los estándares de calidad en la prestación de servicios.

Este documento realiza una evaluación y actualización científica basada en la evidencia de las recomendaciones para la atención integral del parto, que incluye no solo aspectos

técnicos y procedimentales, sino el fortalecimiento de la comunicación y de la relación médico-paciente, definiendo la información precisa a suministrar a las gestantes. Propone los tiempos ideales de la consulta de la gestante, los registros documentales idóneos y cómo realizar la detección de riesgo obstétrico durante todo el periodo de gestación.

La guía surge como planteamiento de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva que se incluyeron en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, donde se propone generar protocolos con enfoque de riesgo, sin problemas o barreras de acceso y garantizando la mejor calidad en la atención de las gestantes con complicaciones antes, durante y posterior al parto. Adicionalmente, reconoce la inclusión de las mujeres con deseo de interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte, la Ley estatutaria 1751 de 2015, aunque no especifica acciones para el periodo de gestación, contempla el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad, igualdad de trato y oportunidades en el acceso; asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema y respondiendo a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida.

Adicionalmente, esta normativa plantea que los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, lo que disminuiría la VO en los servicios de atención y favoreciendo una atención no discriminatoria.

El goce efectivo del derecho a la salud, expresado en la ley 1751 de 2015, en el caso de las gestantes, debería explícitamente asegurar una atención libre de violencia, durante cualquier acto obstétrico, en tanto que son sujetos de especial protección por parte del Estado.

Este documento proyecta que se debe asegurar el respeto a la confidencialidad, atención sin dilataciones, respeto por las diferencias culturales, en salud, condiciones de vida; además de acceso oportuno y de alta calidad, comunicación e información plena, permanente, expresa, apropiada, clara y suficiente con el equipo de salud tratante, de tal forma que permita a la mujer la toma de decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de estos, sin ser obligadas. Adicionalmente, la gestante deberá contar con la información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general y recibir respuestas oportunas. Por lo anterior, es preciso aplicar las sanciones legales cuando se viole este derecho fundamental en las maternas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Existe alguna jurisprudencia que revela la existencia de actos o procedimientos innecesarios en la prestación de servicios de salud de las gestantes. Para el caso, el Consejo de Estado ha proferido fallos como el Exp.2014-N28804 2800278-0129: Sentencia de unificación núm. 28804 de 28-8-14 del Consejo de Estado-Sala de lo contencioso administrativo-sección tercera, Exp. 23001233100020010027801, sobre fallas del servicio médico e indebida prestación de servicios. En esta sentencia se describe puntualmente que «parece claro que la falta de atención oportuna hizo necesaria la realización de una cesárea que, en principio, no era requerida»; y por otro lado el Exp.16085 Sentencia 26-03-2008 del Consejo de Estado de 20 de marzo de 2008, Exp. 16085, sobre inoportunidad en la atención gineco-obstétrica, prolongación indebida del trabajo de parto, desprendimiento placentario y ahogamiento neonatal, en los cuales señala fallas en el servicio médico por su indebida prestación y la “invisibilidad” del trato requerido por la mujer en materia médico-asistencial. Adicionalmente, en este último, en cuanto a la alteración física y emocional sufrida, refiere que se presentó «un patrón reiterado de deficiencias en la atención Gineco-obstétrica que evidencia una actitud de indiferencia frente a la atención propia de la Salud Sexual y Reproductiva, rezago de un modelo patriarcal y de discriminación por motivo de género».

De este aparte, sobre normas nacionales, se puede concluir que se ha trabajado en el seguimiento de las pautas adecuadas de la atención del parto, siguiendo las recomendaciones internacionales y adoptando guías y normas técnicas generales.

Por otro lado, Colombia adopta y se adhiere a lo planteado por las convenciones y conferencias sobre erradicación de violencia contra la mujer, aunque es un camino largo por recorrer para generar un alineamiento efectivo de los sistemas de salud, todo con la intención de disminuir tanto el número de prácticas no necesarias durante el parto como de complicaciones materno-perinatales.

Tabla 5. Atención del embarazo, parto y puerperio en Colombia

Tipo de documento	Año	Documento	Categorías		
			Lineamientos sobre cuidados en la gestación	Derechos sexuales y reproductivos	Visibilidad VO
Resoluciones	2000	Min. Protección social R.412-2000 (norma técnica para la atención del trabajo de parto).	X		
Leyes	2008	Ley 1257 de 2008. Sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, buscando garantizar una vida libre de violencia.			
	2015	Ley 1751 de 2015. Estatutaria.			
Políticas	2003	Política nacional de salud sexual y reproductiva.		X	
	2015	Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos (PNSDSDR).		X	
Planes	2003	Plan de choque disminución mortalidad materna extrema.	X		
	2013	Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).	X		
Lineamientos	2003	Unicef/Proinapsa-UIS Lineamiento IAMI	X	X	
	2006	Min. Salud – Guía atención del parto.	X		
	2013	Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de embarazo, parto y puerperio.	X		
Jurisprudencia	2008	Sentencia 25/03/2008 del Consejo de Estado del 20 de marzo de 2008, Exp. 16085.			X
	2014	Exp. 2014-N28804 2800278-0129 Sentencia de unificación núm. 28804 de 28/08/14 del Consejo de Estado – Sala de lo contencioso administrativo - sección tercera.			X

Fuente: elaboración de los autores, 2017.

6.4. Percepciones de las mujeres sobre violencia obstétrica: experiencias, condiciones y posibilidades de cambio

Las acciones en salud no son neutras, son el resultado de una compleja interacción entre aspectos históricos, políticos, científicos, saberes y culturas. Lo anterior ha llevado, en los últimos siglos, a la medicina moderna a un alto grado de desarrollo, lo que ha permitido, de forma innegable, reducir drásticamente las complicaciones y mortalidad materno-perinatal, gracias a un conjunto de técnicas como asepsia y antisepsia, avances tecnológicos como la ecografía, procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones del sistema de salud, mayor acceso de las mujeres y desarrollo de nuevos fármacos, entre otros.

Sin embargo, también se ha creado un sistema de poder ligado al conocimiento científico y al saber médico, donde la mujer, su maternidad y fecundidad, dependen del sistema y profesionales de la salud, para su regulación y control, medicalizando y mecanizando la atención. La mujer gestante o parturienta queda, entonces, subordinada al equipo de salud, poseedor de los saberes científicos y, por tanto, del poder, convirtiéndola en muchas ocasiones, en un sujeto pasivo, relegado e ignorado frente a su cuerpo y procesos que en este ocurren; «Las mujeres se transforman en un cuerpo que tiene como fin expulsar un cuerpo más pequeño» (Belli, 2013).

Por lo anterior, se genera, en algunos casos, una relación asimétrica de poder entre el trabajador de la salud y la mujer gestante, revelando una desigualdad que hace más difícil el ejercicio de la mujer como sujeto de derechos.

Es en el marco de una maternidad regulada, legitimada por el Estado y el sistema de salud en la que se da prioridad al conocimiento sobre el cuerpo de la mujer, donde aparece la VO como una expresión de violencia de género y una vulneración a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres. Es creada por una mezcla entre la violencia de género e institucional, afectando negativamente la calidad de vida de la mujer y transgrediendo uno o más derechos o aspectos relevantes en el desarrollo humano, como la libertad sobre el cuerpo, acciones y reacciones, la autonomía reproductiva, la integridad, la

integralidad, el derecho a obtener información clara y precisa sobre los procesos y procedimientos realizados durante la atención sanitaria y así poder tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y el del bebé, además de la no discriminación y la igualdad, entre otros.

Este tipo de violencia contra la mujer no se limita a las salas de parto o al momento de “dar a luz”, se manifiesta en todas las etapas de la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio. Además, se presenta con diversos matices, que van desde los más sutiles, como infantilización de la mujer gestante, parturienta o puérpera, hasta los más evidentes, como insultos, alusiones a su vida sexual o la violencia física. Se presenta en todas las clases sociales, que para la atención en salud, en nuestro país, se ven reflejadas en los regímenes de aseguramiento subsidiado, contributivo e incluso en planes complementarios de salud y medicina prepagada; también está presente en los ciclos vitales de la edad reproductiva de la mujer (adolescencia, adultez temprana y media).

6.4.1. Características demográficas y socioeconómicas de las entrevistadas

En la Tabla 6 se presenta la caracterización de la población de mujeres que decidieron compartir sus experiencias para esta investigación, la cual está organizada según los datos básicos más relevantes.

Las mujeres entrevistadas se encontraron en edad adulta con partos a distintas edades (entre los 19 y los 40 años). Se pudo identificar que hay una distribución similar entre mujeres casadas y solteras. Es interesante ver que la mayoría de las mujeres tienen un nivel de estudios superior al bachillerato, desde técnico hasta posgrado doctoral, lo que sugiere que en cualquier grupo pueden presentarse prácticas consideradas como no dignas o violentas dentro del proceso de gestación.

En cuanto al nivel de aseguramiento, se observa pertenencia a todos los regímenes (subsidiado, contributivo, planes de medicina prepagada o complementarios), mostrando la presencia de este fenómeno en todos los niveles socioeconómicos, eliminando la idea que

solamente las mujeres de bajos recursos y no aseguramiento son las que perciben malos tratos en los servicios de salud.

Hay mujeres con partos por diferentes vías (vaginal, instrumentado, cesárea), lo que permitió evaluar en diferentes escenarios la atención adecuada o no del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Tabla 6. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Código	Edad	Estado civil	Nivel estudios	Régimen aseguramiento	Ocupación	Número de Embarazos	Vía de parto	FUP
S1	21	Unión libre	Bachiller	Subsidiado y luego contributivo	Ama de casa	2	Parto vaginal	2014
S2	43	Soltera	Doctorado	Contributivo	Abogada	1	Parto vaginal inducido	2014
S3	27	Casada	Profesional	Contributivo + Plan complementario	Docente de preescolar	1	Cesárea	2016
S4	20	Unión Libre	Bachiller	Subsidiado	Vendedora de pescado	2	Parto vaginal	2015
S5	34	Unión Libre	Universitario (cursando)	Contributivo	Docente de preescolar	2	Cesárea	2015
S6	31	Soltera	Universitario	Contributivo	NR	1	Cesárea	2014
S7	37	Casada	Universitario	Contributivo	Bacterióloga	2	Parto vaginal	2009
S8	37	Casada	Universitario	Contributivo + Medicina prepagada	Médica	2	Parto vaginal	2014
S9	35	Casada	Universitario	Subsidiado	Ama de casa	5	Parto vaginal	2009
S10	37	Soltera	Universitario	Subsidiado	Abogada	3	Cesárea	2012
S11	24	Casada	Técnico	Subsidiado	Estudiante de gestión ambiental	2	Cesárea	2015
S12	20	Soltera	Técnico	Contributivo	Técnica en sistemas	1	Parto vaginal	2017

Código	Edad	Estado civil	Nivel estudios	Régimen aseguramiento	Ocupación	Número de Embarazos	Vía de parto	FUP
S13	23	Soltera	Técnico	Subsidiado	Estilista	1	Parto	2017
S14	19	Soltera	Bachillerato incompleto	Subsidiado	Ama de Casa	1	Cesárea	2016
S15	26	NR	Técnico	Subsidiado	Técnica en sistemas	1	Parto	2017

Fuente: elaboración de los autores a partir de la información proporcionada por las mujeres entrevistadas, 2017.

6.4.2. “Abriéndonos las piernas”. La violencia física como expresión de violencia obstétrica

Una de las expresiones de la VO es el **abuso físico**, que se traduce en el daño o sufrimiento por parte del equipo de salud causado a la mujer, secundario al 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. En general, es el tipo de violencia que menos relataron las mujeres en sus entrevistas; sin embargo, es fácilmente reconocida y puede afectar de manera importante la salud física y psicológica de la mujer, dejando una marca indeleble en quien la ha vivido durante los procesos de atención obstétrica.

La violencia física contra la mujer es bien reconocida y está sancionada en acuerdos internacionales como el de la Asamblea General de ONU de la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, establecido en 1981 y de la cual es parte Colombia, y nacionales como la ley 1257 de 2008, sobre no violencia contra las mujeres, en donde se establecen medidas de sensibilización, prevención, atención, y punición para quienes las violenten. Además, este tipo de violencia es reconocida por las autoridades y genera penas, condenas y sanciones, posterior a su denuncia.

No obstante, cuando el abuso físico se presenta en el proceso de atención materno-perinatal, muchas veces es considerado como “normal” o necesario, ocultándose detrás de procesos o procedimientos médico-asistenciales, que en muchos casos son requeridos, pero que podrían ofrecer otras opciones de manejo o realizarse de una forma no violenta con previa información, explicación y diálogo de forma horizontal entre el trabajador de salud y la mujer. «Yo cerraba las piernas y decía que “ya no más, ya no más”; y ellos entre todos me cogieron ahí y me abrieron pa' coserme» (S13).

Si bien, probablemente los dos procedimientos eran necesarios durante la atención de la mujer, ambos requerían de información completa y diálogo con los agentes de salud,

respetando las decisiones sobre su cuerpo y atendiendo al manejo del dolor, que en muchos casos es el factor limitante para continuar con los procedimientos de forma no violenta e informada.

Algunas maniobras, como el Kristeller, descrita previamente, han quedado en desuso por los riesgos de sus complicaciones a nivel materno y fetal como fracturas en la madre, el niño o falta de oxígeno del recién nacido y por ser consideradas violentas. Sin embargo, aún se realizan, evidenciando acciones violentas sobre una persona en estado de indefensión, que, en el caso de las gestantes, podría ser el dolor o por encontrarse bajo efectos de anestesia epidural.

S14: La doctora lo que dijo fue: súbase y trate de sacar al bebé como sea. Se me subió, eso fue película de terror, se me subió y jálelo y jálelo y jálelo... y el niño no salía. A mí se me había bajado la presión arterial, porque me estaba espichando los pulmones... él estaba así en mi cuerpo... y el practicante lo que decía era: doctora, no puedo sacarlo, no puedo sacarlo. Ya la doctora lo empujó, ella se metió, se subió y ¡pum!, lo sacó.

Por otra parte, el uso de medicamentos oxitócicos no indicados, una práctica común en los servicios de obstetricia, con el fin de conducir o inducir un parto más rápidamente o las cesáreas innecesarias, se presenta como otra forma de abuso físico que limita los tiempos y posibilidades de un parto natural y mantiene un «parto regulado por estándares de productividad» (Bellon, 2015).

Esta práctica hace ver el poder del conocimiento médico y las pocas opciones de decisión y autonomía que puede tener la mujer sobre su corporalidad durante el trabajo de parto y parto. Adicionalmente, esta práctica podría ser deletérea y llevar a la parturienta a aumentar el número de contracciones y con estas el dolor de forma anticipada; también, se podrían generar complicaciones tan graves como una ruptura uterina.

S3: Me interné en la clínica como desde las doce de la noche. Empecé trabajo de parto, empezó la inducción, incluso yo le dije al doctor que yo quería un parto era humanizado, que no quería que fuera inducido, sino cuando ella estuviera preparada para nacer, ya como

a las 7-8 de la mañana ya fue el gineco, el que me había visto todo el embarazo y me dijo que pues no había otra opción, sino que tocaba cesárea (mujer con controles prenatales completos y sin riesgo).

Ninguna mujer puede ser obligada, por respeto a su autonomía, bajo ninguna forma de presión o coerción, sea física o psicológica, a continuar contra su voluntad un procedimiento médico o quirúrgico. Además, el hecho de haber firmado el consentimiento informado no le exige continuar, siempre y cuando no afecte su vida o su integridad. Es preciso entonces un diálogo claro para plantear posibles estrategias y soluciones que permitan elegir de forma conjunta con el personal médico el mejor y más apropiado manejo de acuerdo con las características particulares de la mujer y su gestación.

S4: [...] cuando uno tenía el dolor, yo no sentía, o sea yo le decía, por favor no me hagan eso porque es que me duele mucho y ellos decían: ¡ay pero es que tiene que abrir bien las piernas! Y me empujaban las piernas así, super duro hacia atrás para poder abrirlas. Yo ya que me moría del dolor porque es un dolor que no se puede ni describir, y entonces yo le decía a ella, no por favor no me haga o hágame más pasito... y eso me abrían durísimo las piernas, además que se apoyaba con los codos de ella encima de mis piernas, y yo con las piernas dormidas, o sea, no, fue terrible.

6.4.3. Un silenciamiento a gritos en medio del dolor

Otra forma de violencia frecuentemente evidenciada en las entrevistadas fue la **violencia verbal**, entendida como el lenguaje irrespetuoso, comentarios juzgadores, burlas o amenazas. Este tipo de violencia no deja marcas en el cuerpo de la mujer, pero sí afecta su parte emocional, su autoestima y autonomía. La violencia verbal afecta los sentimientos y emociones de la mujer y dejando en ella la sensación de un personal de salud agresivo, pedante, poco amable y que no comprende el proceso por el que está atravesando.

Dentro de las expresiones más frecuente vistas y vividas por las mujeres entrevistadas se encuentran diversas formas de silenciamiento a los gritos, como *quédese callada, no sea escandalosa, no se queje, no sea estúpida*; convirtiéndose el grito en una forma de ejercer

poder sobre “el cuerpo” en el que se transforma la mujer que va a ser madre, negando la posibilidad de un diálogo y la concertación que permitiría la búsqueda de alternativas de manejo del dolor (con medicamentos o sin ellos), además de limitar su posibilidad de expresión y dejar a las mujeres con la sensación de estar pariendo a solas o en cautiverio.

S14: Habían (sic) mamás en otros cuarticos que las gritaban y decían: *¡No sea estúpida, no grite!*... entonces a mí me dio como nervios.

S2: Pues siempre me estaban diciendo que no gritara, que todo el mundo se portaba mejor que yo, que hasta una adolescente, que yo ya tenía... que yo era una vieja, que eso no era como en las películas que ta, ta, ta.

También se destaca la violencia verbal que algunas maternas recibieron durante su trabajo de parto, expresada por medio de amenazas y coerción, como forma de disciplinamiento, mostrando el poder del personal sanitario al subordinar a las pacientes a las necesidades y “normas” del servicio obstétrico, estar sentada o acostada, estar callada, atender a las sugerencias de los trabajadores de la salud; lo que en muchas ocasiones no es considerado violento y deja a las mujeres en estado de indefensión.

Se exige silencio en medio de un proceso que suele ser doloroso bajo la amenaza de no ser atendidas o no recibir manejo para el dolor y, aunque gritar en ocasiones resulta angustioso para las otras maternas o el personal de la sala de partos, lo cierto es que la mujer sobrelleva el dolor en la forma en que puede y no debería ser limitada en la expresión de sus sentimientos, emociones y dolencias. Es entonces un reto para el personal de salud la búsqueda de estrategias que permitan hacer del parto un momento más confortable y soportable.

S4: Decían: ¡ay, no, si ustedes se quejan, no las vamos a atender! Entre más ustedes griten, entre más ustedes se quejen entonces no hay atención.

Otra expresión de la violencia verbal, relatada por las mujeres, se evidencia en el *lenguaje irrespetuoso* alusivo a su vida sexual, donde se insinúa que el dolor no es más que un pago

por haber tenido placer durante las relaciones coitales y que por esto la mujer debería aguantarlos, sin queja alguna. Este hecho resulta indignante y abusivo, pues quienes se encuentran prestando la atención del trabajo de parto y parto, no conocen la vida personal de la mujer y esto vulnera su intimidad. Sin contar que en algunas ocasiones estos comentarios se expresan ante muchas personas, lo que ofende aún más a la mujer que de por sí ya se encuentra en un estado vulnerable, asustada, casi siempre con pocas prendas de vestir, con sensación de soledad y con las preocupaciones de traer una nueva vida al mundo. Además, específicamente las relaciones sexuales y el momento del parto, si bien son parte de la vida sexual de la mujer, no pueden ser comparados.

S7: [...] entonces... le dije: no es que no me puedo mover. Me dijo que qué... yo le dije que no me podía voltear. Entonces él me dijo que como para hacer los chinos sí me podía mover (mujer con epidural).

S4: Entonces un médico me miraba y me decía: ¡hágale, hágale mamá, como sí para sí, para hacerlo no le dolió mamá! ¡Hágale que usted puede! ¡Hágale!

Los *juzgamientos* y *discriminación* hacen parte también de las imágenes que las mujeres participantes recuerdan de sus experiencias, por ser joven, por ser vieja o por no planificar. Aunque el ejercicio en salud sugiere que el paciente no debería ser juzgado o discriminado por ningún motivo de etnia, clase, edad, género o por alguna condición específica, como padecer VIH, aún algunas gestantes son tratadas de forma inferior por estas causas, incluso empleando con ellas un lenguaje abusivo. En este aspecto también se encuentra enmarcada la igualdad de género, y aunque las mujeres por sus condiciones biológicas son las únicas que pueden parir, entre ellas hay discriminación por motivos de clase social, dado por un trato preferente entre las empresas prestadoras de salud de los regímenes subsidiado y contributivo o porque no se toman en cuenta sus necesidades diferenciales por sus características particulares.

Con todo esto, es pertinente que los trabajadores sanitarios sean lo más objetivos posibles, evitando así ser prejuiciosos (frente a la edad idónea para ser madre o los motivos para una interrupción voluntaria del embarazo), presentando una comunicación más abierta,

horizontal y comprensiva con las mujeres, y comportamientos más equitativos durante la atención a la gestante, parturienta o puérpera.

S12: Me decía que no me habían terminado de criar cuando tenía que criar, mejor dicho, un niño criando a otro niño (madre adolescente).

S2: [...] en un momento determinado me hicieron sentir fatal por ser mamá a los 40 años. Que por qué me había esperado tanto tiempo, que si era que nunca me había aparecido el príncipe azul, y yo, pues la verdad, les dije: no, a mí no me había aparecido el príncipe azul y no me interesaba tener hijos antes.

Son también reconocidas como violentas las palabras que *naturalizan* el dolor al parir, solo por ser mujer y haber cometido el “pecado” de tener una relación sexual, el dolor sería bien merecido. En una sociedad religiosa que aún se rige por expresiones bíblicas como «A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti» (Génesis 3:16, 2011), se naturaliza el parto violento y doloroso que debe ser soportado como un castigo pacientemente. Frases como estas persisten en los imaginarios sociales, dejando una huella en la práctica sanitaria, que incluso la ciencia no ha borrado.

S9: Una señora había bajado de los cerros caminando hasta el hospital, y no había otro sitio donde la pudieran dejar, colocaron una camilla baja en la parte de afuera de la habitación... justo al frente de la sala de partos y la señora... sinceramente no se estaba quejando... solo lo normal con una contracción, hacía un pequeño gemido, como (lo hace uuh), y la médica la gritó y le dijo que por qué se quejaba, que cuál era el problema, simplemente estaba dando a luz.

La *culpabilización* es una forma simbólica de forma de violencia de género que se refiere a suponer culpable a la mujer gestante de los problemas y las dificultades durante el parto, acusándolas de poca cooperación o interferencia durante el proceso (Sadler & Obach, 2004). Este tipo de violencia también fue relatada por las participantes, quienes se sintieron

vulneradas, atacadas y limitadas en su posibilidad de defenderse por asuntos que, si bien se relacionaban con el proceso obstétrico, no podían controlar.

S1: [...] entonces me fui para la sala de parto y la doctora, no sé si me tenía rabia, no sé o estaba de mal genio, no estaba en su momento y bueno, salió el bebé y me dijo: *¡ay! mire como se... como se rasgó de feo, que no sé qué* yo le dije *no pues...*, y yo estaba llorando porque yo estaba muy asustada, porque ella me dijo *¡ay toca coserla, toca armarla!*, me dijo así y pues yo me asusté mucho... pues ella me... porque es que resulta que cuando ella me dijo que pujara, yo levanté la cola y entonces ella me dijo *si ve, por levantar la cola, mire como se volvió.*

6.4.4. Tratando de entender un idioma desconocido y un cuerpo en transición

Otra modalidad de la violencia obstétrica se da por una *relación poco amable entre el prestador de salud y la mujer gestante*, en trabajo de parto, parto o puerperio, donde se pueden encontrar aspectos como: la comunicación no efectiva, actitud irrespetuosa por parte de los agentes sanitarios y la prohibición del acompañamiento durante los procesos obstétricos de una persona relevante para la mujer.

La comunicación durante el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio, se convierte en el pilar de la relación entre la triada gestante, familia y trabajadores de la salud, ya que permite una comprensión más amplia e individualizada de las particularidades, realidades y necesidades de cada gestación y de la mujer con su única comprensión de la vida, anhelos, dolencias, miedos y angustias. Si bien el embarazo no es un proceso patológico, está lleno de cambios y transiciones corporales y psicológicas para la familia gestante, lo que obligan a un diálogo abierto y comprensible para resolver dudas, aclarar mitos y conocer el estado de salud y tomar decisiones informadas.

No obstante, los ideales sobre la comunicación en el proceso obstétrico en muchas ocasiones se ven limitados por aspectos como el lenguaje médico-técnico, que en realidad es casi otro idioma bajo el que los trabajadores de salud se forman por muchos años y que en ocasiones olvidan traducir en palabras y léxico que la paciente y su familia entiendan,

dificultando así lograr un modelo deliberativo en la relación médico-paciente donde exista un diálogo horizontal e informado que permita una toma conjunta de decisiones, abierta a la discusión y revisión a través del debate (Emmanuel & Emmanuel, 1999), mostrando cómo los servicios médicos generan relaciones de poder basados en el conocimiento científico y los saberes médicos, subordinando las decisiones de la mujer sobre su cuerpo y su salud al personal tratante.

S10: Sí, pues supuestamente, pues... como uno no entiende, pues en los términos y pues como vienen escritos los exámenes, ella me dijo que todo estaba normal, pues uno confía en el criterio del profesional, porque para eso están ellos.

S5: Sí me explicaban... pero no era la explicación digamos... porque ustedes manejan un léxico más... como más avanzado, pero hay veces uno no entiende... los temas, bueno... los términos que ustedes manejan.

Otro aspecto mencionado por las mujeres entrevistadas fue que la *percepción de normalidad* aportada por los trabajadores de la salud difería de la propia, ya que las expresiones *eso es normal* no parecían solucionar sus dudas e inquietudes durante el proceso obstétrico, pues lo normal para una persona no es igual que para otras, de tal manera que no se satisface la importancia del aporte de información clara y completa. Adicionalmente, se muestra la naturalización de los procesos obstétricos por parte del personal de salud, quienes los han visto en repetidas ocasiones y los han mecanizado, por lo que para ellos es natural; pero no es así para la madre, quien experimenta de forma diferente cada embarazo. Además, estos procesos de mecanización y medicalización han generado en los trabajadores de salud una visión homogénea de las gestantes, lo que les impide valorar objetivamente las particularidades y necesidades de cada una de ellas.

S3: Sí, todo es normal, todo es normal pero decir “no... mire es que es un proceso, que pasa...”. Como que uno espera más, pero como no se dio, como que uno queda en la incógnita, “no, todo es normal” me decía... todo es... todo es normal.

S2: [...] y entonces a la médico le dije: el niño está azul. me dijo: no... el niño... así nacen los niños, me respondió... y yo mmm... pero bueno, con él corrieron un momentico, después me lo trajeron, yo siempre me quedé con la duda y siempre que echo la historia me dicen: ahí pasó algo.

Las entrevistadas también expresaron que existe información que el personal de salud piensa que ellas deberían conocer, sin embargo, sin una adecuada educación e información durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, sobre los procesos y cuidados del posparto y la maternidad, o una red familiar que fortalezca los cuidados y puericultura (entendida como arte y ciencia de la buena crianza), no se puede pretender que se desenvuelvan con experticia, porque estos aspectos no son innatos en todas las mujeres. Esto resalta nuevamente la importancia de aportar una información completa, práctica, comprensible y en un lenguaje apropiado para cada mujer, de acuerdo con sus necesidades y particularidades y de la resolución de dudas, y que tenga autonomía que le permita tomar decisiones informadas.

S4: Fue muy duro porque, o sea, nadie me dijo a mí, no, mira, no, tienes que hacer esto, tranquilízate, o cualquier cosa, o ven y cálmate porque no, es que no podía ni hablar, las manos se me estaban totalmente torciendo porque no podía ni hablar. Las piernas se me dormían terrible.

El *trato poco amable* entre el personal asistencial y la mujer gestante, parturienta o puérpera también se puede ver reflejado en una actitud irrespetuosa o insensible que podría vulnerar la intimidad o pudor de la mujer, por medio de comentarios que generan sensación de malestar y poco equilibrio. En algunas ocasiones este hecho puede ser producido por la apropiación del cuerpo de la mujer y sus procesos reproductivos, por un personal de salud en busca el control del proceso obstétrico y al que el conocimiento y la tecnología han legitimado su poder, ignorando y humillando las necesidades sentidas y/o expresadas por las gestantes y dando prioridad a la corporalidad y lo material.

S15: Ya cuando sentía ganas de ir al baño le dije a una enfermera tengo ganas de ir al baño, y ella dijo *No, haga ahí en la camilla*, y yo, no, pero es que tengo ganas de ir al baño. Dijo *no, haga ahí en la camilla*.

S7: Hice ruptura prematura de membrana y me tocó irme para la Clínica XXX. Cuando entré a urgencias me tocó con una ginecóloga muy grosera que lo primero que me dijo fue que no me sentara ahí porque le manchaba el asiento.

Las *actitudes insensibles*, además de las relaciones de poder verticales, se podrían dar por que el personal de salud no logra comprender en su totalidad, lejos de los hechos científicos que ocurren sobre el cuerpo de la mujer, las otras esferas que complejizan el concepto de humanidad, como la ética, la estética, lo social, lo psicológico y la espiritualidad, y que interactúan en todos los momentos de la vida incluyendo la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Por tal motivo es preciso que los trabajadores de la salud vean a la mujer como un ser humano no fragmentado y no descuiden otros aspectos que son relevantes en la vida de las gestantes. Adicionalmente, en algunas ocasiones estas actitudes se ven reflejadas en el lenguaje no verbal del personal de la salud, lo que profundiza la sensación de malestar.

S14: A los tres meses se me iba a venir él y un doctor sin mediar palabra me dijo: *el feto no va a nacer, no se haga ilusiones con ese feto*, y mi reacción fue llorar, porque obvio debe, es decir, el bebé no va a nacer...pero él me hizo con unos ojos y con una expresión horrible.

S7: Entonces cuando llaman al anestesiólogo, el anestesiólogo, era un sábado a las 5 p. m., estaba durmiendo y cuando lo llamaron se puso furioso y me regañó: *póngase de lado*, entonces ponerse de lado con la barriga que a uno no le cabe para ningún lado ¡voltiéese! (sic), entonces la forma nada más del trato, ¿no? Y después me dijo cuando yo no me pude... o sea... me puso la anestesia y me dijo *voltéese para el otro lado, todo autoritario*.

La prohibición de la presencia de una persona, durante el control prenatal, el trabajo de parto o el parto, genera una relación poco amable entre las gestantes y los trabajadores de la salud. En general, las participantes expresan que no se permitió la entrada de ninguna

persona a la sala de maternidad e incluso una de las mujeres refiere que a su pareja no le permitieron la entrada al control del embarazo.

S13: Y ahí esperando, esperando con esos dolores y yo pedía que me trajeran a mi mamá para estar ahí con ella y que se me pasara la cosa... y que no y que no, que ella no podía estar ahí porque habían (sic) más muchachas.

Sin embargo, sobre este punto específico, la OMS en sus recomendaciones para la conducción del trabajo de parto, en el numeral 12, sugiere el «acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados» (2015) y señala otras razones positivas que influyen en la salud materno-perinatal, por ejemplo, mayor probabilidad de parto vaginal, menores requerimientos de anestesia o de recién nacido con bajos niveles de adaptación al nacer (problemas al nacimiento, requiere oxígeno o tiene problemas cardíacos). La recomendación es importante, ya que la persona relevante para la mujer podría brindar apoyo psicosocial continuo o dar aviso temprano al personal sanitario en caso evidenciar alguna anomalía durante el proceso obstétrico, disminuyendo el riesgo de mayores complicaciones.

En el PDSP también se propone crear estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento por la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 188).

Pueden existir múltiples causas para la prohibición de una acompañante durante el trabajo de parto y parto; una de ellas es que, en general, la mayoría de salas de parto de Colombia no cuentan con una infraestructura diseñada para albergar a la mujer y a su acompañante, ya que no hay separaciones entre las camas, en las cuales las mujeres están en estado de desnudez, dolor e indefensión, lo que les brinda poca intimidad. Además, una gran cantidad de personas en una sala, más el personal de salud y los estudiantes, en los hospitales universitarios, podría aumentar el riesgo de infecciones.

Es pertinente resaltar que el diseño de la mayoría de salas de maternidad y protocolos de atención en Colombia se ha realizado para mantener la vigilancia y el control sobre el

cuerpo de la mujer durante su proceso reproductivo, convirtiéndola en un sujeto pasivo y obediente en su propia gestación, sujeto al control sanitario. Es prudente, entonces, replantear en la medida de lo posible, las condiciones de las salas maternas mejorando su infraestructura e intimidad para brindarles a las maternas la posibilidad de compañía y apoyo por una persona importante de su entorno.

6.4.5. Mecanizando y acelerando a la naturaleza: la tecnologización del parto

Según la clasificación del Observatorio de Violencia Obstétrica de España, que se tomó como referencia para el presente trabajo, la *mala praxis* es una forma de violencia contra la mujer gestante, parturienta o púérpera que involucra aspectos como exploraciones vaginales dolorosas, negación de métodos de alivio de dolor, operaciones quirúrgicas no consentidas o procedimientos no justificados (entre estas la esterilización forzada), negligencia o abandono. La mala praxis se define como el ejercicio inadecuado de una profesión «realizada con mala intención, conciencia, imprudencia, impericia o negligencia, por lo que siempre implica una responsabilidad y casi siempre culpabilidad médica» (Anaya, Aguilasoch, Schadegg, Arreola, Pérez, & Medina , 2013).

Las recomendaciones de *Appropriate Technology for Birth*, publicadas por la OMS (1985) y las recomendaciones para la conducción del parto, publicada por la misma organización en el año 2015, sugieren un panorama sobre los procedimientos indicados o no durante las etapas de trabajo de parto, parto y alumbramiento.

En la experiencia diaria de la práctica médica, la ruptura de membranas se ha convertido en un procedimiento frecuente en la atención de las parturientas, para acelerar el trabajo de parto. Sin embargo, los estudios no muestran evidencia suficiente frente a que sus beneficios superen los daños (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por lo tanto, no está recomendado de forma rutinaria. Adicionalmente, esta práctica puede generar malestar o molestias innecesarias para la mujer y evidencia los procesos de patologización, medicalización y colonización del parto, que sin intervención alguna se podría desarrollar

por sí solo, sin aumentar riesgos o tensiones en la mujer y dándole el protagonismo y las decisiones sobre su cuerpo y el de su bebé.

S2: Pero yo no soporto el dolor, entonces estaba que gritaba como una loca y desesperaba a todo el mundo, eso lo entiendo, pero por ejemplo me reventaron la fuente entonces “sha”.

El *uso de oxitócicos* para apresurar el trabajo de parto no está recomendado por la OMS en los acuerdos internacionales, a menos que este indicado. Por ejemplo, cuando se presenta un trabajo de parto prolongado, diagnosticado adecuadamente. Empero, este procedimiento es común en la práctica clínica, ya que permite una menor estancia de las mujeres en las salas de maternidad.

Sin embargo, no permite respetar los tiempos y posibilidades para un parto natural, regulado por el cuerpo de la mujer; mostrando una vez más el poder del conocimiento científico que mediante la legitimación social permite administrar y regular la vida y corporalidad de la mujer. Además, en un estudio publicado en la Revista Latinoamericana *Enfargem* del 2016 se evidencia que los oxitócicos podrían generar efectos deletéreos en la salud de la mujer, como el incremento de las cesáreas y aumento de los requerimientos de analgesia epidural; por tal razón se deberían utilizar solo en casos indicados (Hidalgo, Hidalgo, & Rodriguez, 2016).

S15: Ya después me llevaron a la sala, me pusieron el “pitosin” para que tuviera más contracciones y me dolía mucho.

S3: Ese día yo llegué, bueno, me interné en la clínica y ya como desde las doce de la noche empecé trabajo de parto, empezó la inducción, incluso yo le dije al doctor que yo quería un parto era humanizado, que no quería que fuera inducido sino cuando ella estuviera preparada para nacer.

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos de mayor utilidad y valor, ya que permite salvar la vida del bebe y la madre en las ocasiones en las que se encuentra un motivo médico que la justifique. No obstante, cuando no se encuentra

indicada, es decir, es una *cesárea innecesaria*, se considera VO y puede traer consigo importantes consecuencias para la mujer y su hijo, tales como el aumento del riesgo de muerte de la madre, aumento de riesgo de infecciones, un posparto lento y doloroso, complicaciones en embarazos futuros, mayor dificultad para lactar y hemorragias, entre otros. Además, vulnera los tiempos y posibilidades de un parto natural, restando protagonismo a la mujer y dejándolo en las manos del conocimiento médico-científico que pasa a ejercer el control sobre un proceso que inicialmente era natural.

S3: Ese día yo llegué, bueno, me interné en la clínica y ya como desde las 12 de la noche empecé trabajo de parto, empezó la inducción, incluso yo le dije al doctor que yo quería un parto era humanizado, que no quería que fuera inducido sino cuando ella estuviera preparada para nacer..., y ya como a las 7-8 de la mañana ya fue el gineco, el que me había visto todo el embarazo y me dijo que pues no había otra opción sino que tocaba cesárea.

Son muchas las causas que llevan al gineco-obstetra a realizar una cesárea innecesaria, por ejemplo, organizar sus horarios, ya que en un parto eutócico es imposible determinar el momento exacto del nacimiento, además, es más corta y cómoda para su realización.

Adicional a lo anterior, existen *procedimientos invasivos no recomendados*, que aún se utilizan para la atención del trabajo de parto y parto. Uno de ellos es la maniobra de Kristeller, que como ya se mencionó no se recomienda por causar efectos negativos sobre la salud de la mujer y del bebé. Es una técnica que ejerce fuerza física sobre la mujer y su hijo, donde los trabajadores de la salud colonizan el cuerpo de la mujer y le impiden el protagonismo durante el pujo, muchas veces al no dar los tiempos requeridos para un nacimiento natural.

Por su parte, la episiotomía (corte en el perineo para ampliar el canal vaginal), solo se debería realizar si la mujer presenta alguna indicación. Sin embargo, esta práctica está en desuso por sus complicaciones, dado que causa dolor y aumento de disfunciones sexuales; además, dificulta caminar, agacharse o moverse. Según Mardsen Wagner, exdirector del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS «la episiotomía nunca es necesaria en

más del 20 % de los partos», siendo una colonización y mutilación innecesaria al cuerpo de la mujer, que en general se realiza sin su consentimiento.

S9: [...] cuando vi que un enfermero se paró encima de una camilla, de una escalera de una camilla, y me dijo que le avisara cuando viniera la siguiente contracción y efectivamente, le avisé, me presionó y así salió mi bebé. No explicó que iba a hacer y me hizo presión en el abdomen para que saliera la bebé, pero... pero no me explicó nada. Simplemente se paró en la escalerilla y me dijo *me avisa*, yo le dije ya, y me presionó el abdomen, y ya.

Otro de los aspectos contemplados como la mala praxis es la *negligencia o abandono* por parte del personal asistencial a las madres, causado por descuido de precauciones o atenciones que son calificadas necesarias para el proceso obstétrico, el cual se puede dar por defecto en la realización de los procedimientos, o por omisión (Buñuelos, 2010).

En el caso del personal asistencial de las salas de trabajo de parto, se observa que pese a conocer que el trabajo como agente de salud incluye proporcionar el mayor estado de bienestar posible, por medio ofrecerles a las gestantes la mejor información, apoyo físico y psicológico, no prestan la atención solicitada y requerida por ellas, quienes, además, se encuentran en estado de indefensión debido a su exposición corporal, vulnerabilidad psicológica y dolor, por lo que requieren la presencia permanente del personal que apoye los procesos.

Es uno de los aspectos sobre los cuales las mujeres entrevistadas hacían más énfasis era que, en general, nadie les prestaba atención a su condición o sus dolencias, generando en ellas una sensación de soledad, desamparo, indefensión y miedo a no ser atendidas o a ser mal atendidas en el momento culminante de su embarazo.

S15: Las enfermeras casi no me ponían cuidado... que porque había otras y se iban por allá a hablar, a charlar a chatiar (sic) y no me ponían cuidado. Ya después rompí fuente, les dije ya rompí fuente, les dije ya rompí fuente, ya rompí fuente y no me ponían cuidado.

S12: Al lado mío había una que decía "quítenmelo, sáquenmelo". Entonces yo le dije: pero no grites; y la muchacha más gritaba y el doctor se iba. Claro porque le daba rabia, se ponía rojo, se desesperaba, él salía y la dejaba ahí... ya cuando él veía que se le asomaba, era que él venía.

Las *exploraciones vaginales dolorosas* son también un reflejo de la mala praxis. Se debe comprender que un tacto vaginal es desagradable, pues se está manipulando y exponiendo una zona pudorosa para la mujer, lo que causa estrés para la relajación de los músculos y mayor molestia durante el procedimiento. Pese a que existen normas e indicaciones para realizarlo adecuadamente y de forma menos dolorosa, como lo son explicarlo, esperar el asentimiento de la paciente, intentar la mayor relajación de la mujer y realizarlo en lo posible en un lugar que le asegure la mayor intimidad, muchas veces por realizarlo de forma apresurada o sin el consentimiento expreso de la paciente, se genera dolor y malestar, convirtiéndose este procedimiento en un trato no digno.

Adicionalmente, la OMS expresa que los tactos vaginales en la etapa activa del parto deben hacerse con una regularidad no inferior a cada cuatro horas para valorar objetivamente las variaciones en la dilatación cervical (2015). Pero en muchos casos se realizan más tactos de lo requerido, aumentando así la incomodidad y el maltrato a la mujer, además de incrementar el riesgo de infecciones.

S15: Entré con la doctora y me hicieron el tacto. Hay sí, ahí empezó el trauma... Me hicieron ese tacto, ¡ay no!, eso me dolió horrible. Eso dolía e intentaba cerrar las piernas, y ella decía que no cerrara las piernas, que yo sabía que eso dolía y yo no sabía que eso dolía. Que me lo iban a estar haciendo cada dos horas, que tenía que aguantarme todo eso.

S1: [...] pero entonces a la hora del medio día llegó una doctora y la doctora sí fue muy brusca conmigo. Ella me dijo *le voy a hacer el último tacto para ver en qué dilatación usted va*, y ella llegó y me abrió las piernas muy bruscamente y me metió la mano bruscamente... yo no le dije nada.

El trabajo de parto y parto por lo general son dolorosos, ya que un músculo del cuerpo, el útero, está teniendo contracciones largas, que lo dejan sin oxígeno, por lo que se genera el dolor. Sin embargo, existen un sinnúmero de técnicas de manejo de dolor, algunas sin necesidad de medicamentos y otras que los requieren. La elección del método de alivio del dolor debería ser de la mujer parturienta, después de recibir la información adecuada sobre las posibilidades disponibles para optar por cuál o cuáles serían las más apropiadas en su caso.

S4: [...] *¡ay, pero si usted ya tuvo un hijo, entonces pues ya sabe cómo es el dolor! Y yo decía, no, pero colóquenme algo porque me voy a morir del dolor, o sea, impresionante, y ellas no. Solo me la colocaron una vez y ya. Y ni... igual, o sea, ni tanto me ayudó porque a mí no me seguía el dolor igual y era empeorándose, empeorándose o sea, llegué a los ocho que ya no podía.*

La realidad a la que se enfrentaron las mujeres, en sus procesos obstétricos, es que casi nunca recibieron información sobre el manejo del dolor o las técnicas para aliviarlo, y mucho menos las dejaron decidir sobre sus cuerpos, no les expresaron si estaba o no disponible o les preguntaron si querían o no analgesia. Es en este contexto de vulnerabilidad, falta de autonomía, escasa posibilidad de toma de decisiones y recursos asistenciales limitados que las mujeres, sufriendo los dolores de parto, descritos por ellas como los “más horribles del mundo”, fueron silenciadas, no recibieron manejo del dolor o se los negaron.

6.4.6. El embarazo sigue siendo un paseo: de hospital en hospital

La *negación de la atención, servicios o medicamentos* a la mujer gestante por parte del sistema de salud o del personal médico, es considerada como VO, ya que se podría poner en peligro la vida o integridad de la gestante y su hijo.

Se vulnera entonces el derecho humano a la vida, la libertad y la seguridad (Organización de Naciones Unidas, 2015). Adicionalmente, se ve afectado el derecho constitucional a la atención en salud, consignado en el artículo 49 de la Constitución Política colombiana y el

derecho a la salud consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce a las gestantes como sujetos de especial protección por parte del Estado y reitera que deberían tener una atención apropiada, clara, suficiente e informada para poder tomar decisiones libres y conscientes respecto a los procedimientos, sin ser obligadas. Pese a estas determinaciones legales y jurisprudenciales, algunas de las mujeres entrevistadas se vieron enfrentadas a la negación de servicios.

S12: Ese mismo día yo fui con dolor y él (el médico) no me atendió. Me dijo que uno tenía que llegar antes de mi cita, y yo llegue a la hora exacta, entonces él me dijo que esos dolores no eran de contracciones, que no eran de contracciones, que esos dolores siempre le dan a uno normalmente. Entonces yo de ahí me dirigí a urgencias y fue por la infección, porque tenía infección urinaria.

S6: [...] yo le dije a mi mamá... no... que me llevara al médico porque yo me sentía muy mal. Sí, entonces yo llegué y le dije: *pero no me lleve a la XXX, por favor*, le dije, no, *allá no mami*. Entonces ella... me llevaron a la YYY, en la YYY no hay maternas, no hay nada de pediatría, no hay nada de esas cosas. Después me llevaron a la ZZZ y allá me dijeron que no, que me tenían que llevar era al lugar donde había tenido a mi bebé... Y después... después yo me fui para la VVV.

Estos relatos dejan en claro que hay deficiencias en el seguimiento de la atención priorizada para las mujeres gestantes, ya que una atención no oportuna o sin el cumplimiento de los estándares de calidad (racionalidad, integralidad, calidez y oportunidad) puede generar consecuencias, en ocasiones, fatales. Lo que evidencia que no solo es reconocer el fenómeno o concepto de violencia obstétrica, sino confirmar y reafirmar el seguimiento a las guías, planes y programas de atención del parto en condiciones adecuadas y óptimas.

6.4.7. El consentimiento... poco informado

El consentimiento informado es uno de los aspectos éticos más importantes para la atención médica. Durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio cobra una

mayor relevancia para la preservación de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, el de su bebe y la toma de decisiones informadas.

Para su validez debería cumplir unos componentes básicos propuestos por Beauchamp y Childress (2006). El primero es la competencia de la mujer para entender y decidir; el segundo se refiere a la voluntariedad para la toma de decisiones, en donde la mujer podrá tomar las disposiciones sin ningún tipo de coerción; en tercer lugar, se requiere la exposición a una información verdadera, clara y comprensible sobre el procedimiento y sus riesgos, para luego de escuchar las recomendaciones, y a partir de lo anterior tomar una decisión a favor del plan y dar una autorización y un asentimiento.

No obstante, el consentimiento informado se ha convertido en “otro formato obligatorio que llenar”, que, si se tienen en cuenta los criterios antes expuestos, no tendría mucha validez.

S6: [...] entonces me dijo que no, que me iban a hacer cesárea, que yo tenía que firmar porque si no, era bajo mi responsabilidad si le pasaba algo a mi bebé... en el momento en el que yo firmé... bueno... ahí me dijeron que qué bueno... que... que podía morir yo o podía morir mi hija, que igual podíamos morir desangradas o que mi hija naciera muerta o que así... entonces, pues inmediatamente para mí... o sea... yo considero que esa no era manera de decirme porque pues igual, o sea, es como la ilusión que uno tiene como de su primer hijo y todo eso y... entonces yo me puse a llorar y entonces ella me dijo: *pero no te preocupes que tú no vas a sufrir mucho porque tu bebé es pequeña.*

Se pide la firma, pero no se informa mucho, o solo se explicitan los riesgos fatales sobre los procedimientos. Las pacientes entonces firman para lograr la atención, pero en realidad no se les ha proporcionado la suficiente información. Al final, la decisión no es informada y conjunta con los agentes de salud.

6.4.8. El sistema general de seguridad social en salud: ¿bienestar para las gestantes?

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encarga de vigilar y regular los servicios de salud, garantizando condiciones adecuadas para toda la población del país, en cualquier contexto y en diferentes niveles de atención. En su funcionamiento participan desde el Estado, organismos y entes rectores hasta las EPS y las instituciones prestadoras de salud (IPS).

Teniendo en cuenta la prioridad que tiene la población gestante, sin importar el régimen de afiliación que tenga, debe ser con los mayores estándares de calidad, para así completar el ciclo de atención.

Parte de lo referido por las entrevistadas muestra lo importante que es para ellas la entidad a las que están afiliadas, y cómo de estas ha dependido (a su modo de ver) las malas experiencias durante la atención del parto.

S4: Se supone que si tú tienes una EPS y se supone, que todos te van a ayudar, es mejor que un SISBEN ¿Si me entiendes? O sea, uno a veces se equivoca porque, o sea uno no piensa que le va a pasar eso.

S2: [...] uno ya sabe que el sistema de salud no funciona muy bien, entonces yo tenía, yo tenía el sistema de salud... y bueno, inicié los controles como al segundo mes. Desde cuando me enteré que estaba embarazada, sin embargo, yo opté por hacer controles aparte, del miedo que a uno le genera cuando hay problema con el embarazo.

Con estas percepciones se abre la opción a otros planes adicionales de salud, como la medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de seguros, que incluyen servicios y paquetes con mayores comodidades y bondades, que deben ser pagados por cada usuario, independiente de sus aportes al SGSSS.

S3: La atención en eso... fue impecable. No sé si porque pagaba adicional, aunque yo a veces pienso que sí, que si pagaba un plan complementario adicional; porque muchas de

mis compañeras, pues me habían comentado de que no les había ido tan bien en las EPS porque desafortunadamente las enfermeras o las trataban mal, las gritaban o les decían que porque... o sea... que se tenían que aguantar los dolores que porque quién las había mandado... entonces yo a veces no sé si desafortunadamente el dinero mueve mucho. Por esa misma razón no sé si fue la atención tan excelente que recibí.

S2: [...] parece que uno solo tuviera derecho a tener algo de consideración si va y saca 10 millones o estás en una prepagada o en una cosa así y en todo, no en el parto, en todo el sistema de salud.

Teniendo en cuenta los atributos de calidad de la prestación de servicios de salud, salen a flote varios asuntos que requieren ser visibilizados, y aunque se puedan entender como fallas en la calidad del servicio, el trasfondo de estos eventos son un trato no adecuado o violento frente al evento obstétrico.

Problemas de pertinencia de procedimientos, que pueden llevar a complicaciones en el binomio madre-hijo, barreras de acceso para la prestación adecuada de los servicios de salud (determinados como prioritarios para la población gestante), fallas estructurales y funcionales de las instituciones de servicios de salud, son temas relevantes para las mujeres, desde su percepción, generando la sensación de vulneración y de trato no digno en esta etapa.

S3: [...] no había otra opción, sino que tocaba cesárea.... pues fue un momento terrible, angustioso, porque yo sí lo quería normal, entonces ya cuando me aplicaron el medicamento, la “pitocin”, no dilataba, que no dilataba pues porque era muy pequeña mi cavidad... pero según yo he consultado con otros médicos especialistas y ellos me dicen que no, que divinamente lo hubiera podido tener normal, entonces no sé si digamos, yo todavía yo me hago la pregunta si yo de verdad ¿lo hubiera podido tener normal o no? O sea, todavía estoy ahí como en el... me encuentro todavía como en el limbo.

Durante el transcurso del embarazo es visible para las mujeres las demoras en los procesos administrativos dentro de las aseguradoras, que no tienen en cuenta la particularidad e importancia del acceso a servicios, consultas y procedimientos para las gestantes.

S2: [...] me mandaron un examen y llamaron a cancelármelo y me dijeron que yo tenía que desplazarme nuevamente hasta la institución a conseguir otra vez la autorización, ¿sí? Entonces yo les dije que eso no era posible, primero porque yo ya tenía como 6 meses, necesitaba hacerlo rápido y además yo no tenía el tiempo, bueno me dijeron que, si no pues no se hacía nada, ¿qué tal?

Las usuarias de los servicios de salud, en general, son excelentes evaluadoras de la prestación, de lo que mínimamente requieren para sentir un trato con calidez y calidad, sobre todo en este momento de su vida. Desde condiciones de infraestructura y suficiencia de equipos hasta falta de espacios específicos para las maternas, son factores que se suman a la lista de situaciones que alteran el curso adecuado (emocional y físico) del proceso de trabajo de parto, parto y puerperio.

S6: Bueno, me metí a bañar, eso parecía como la cárcel, cuando meten a bañar a todas las presas... bueno, la enfermera se quedó ahí en la puerta y había más personas en el baño, era como divisiones con cortinas y a todas nos... a todas nos metían, incluidas las señoras mayores, todas estábamos... y... ahí bueno, yo intenté... bueno, yo me puse el agua, bueno, el agua estaba calientica menos mal.

S9: Después de esto, también fue un inconveniente, como me... me asignaron el lugar donde yo debía descansar con la bebé, al lado de un tísico, una persona que estaba tosiendo todo el tiempo con problemas como bronquiales, separados por una cortina ligera de mi bebé, y de mí... Que tanto que cuando mi madre fue a visitarme y me dijo: cómo hacen algo así. Cómo te dejan en una habitación con una persona que tiene problemas respiratorios, o gripe, o lo que sea, para una bebé recién nacida. Lo cierto es que toda esta experiencia para mí fue absolutamente patética y no es lo que uno desea como mujer en un estado de indefensión.

Todo lo anterior muestra lo deficiente que puede ser, en ciertas ocasiones y lugares, la prestación de servicios de salud para la población gestante y la necesidad de fortalecer no solo la infraestructura y el servicio, sino también la integralidad en la atención. Dentro de este atributo se puede contemplar una atención específica con todos los requerimientos y

guías de manejo pertinentes según el caso, y cerrar el ciclo de atención brindando la suficiente información, tanto a la mujer como a su familia, lo que dejaría la percepción del interés que tiene, no solo el profesional que atiende, sino el sistema de salud en general porque se presten los mejores servicios con calidez, calidad y eficiencia.

S9: [...] y... el médico me ocultaba esta condición, perdí muchísima sangre, y cuando quise... eeh... pues con las piernas todo el tiempo levantadas, pasé muchas horas en esta posición, se me durmieron las piernas y yo me palmeteaba un poco para tratar de despertarlas y el médico solo se burlaba y me decía: no sea masoquista, no se pegue- y yo le decía, pero es que tengo las piernas dormidas y él me estaba cosiendo y yo le dije: *perdón doctor*, porque ya había pasado. Y duró aproximadamente una hora cosiéndome y le dije, ¿me desgarré? y él me dijo: *nooooo, un poquito*. ¿Un poquito? Para una herida que se demoró una hora en coser, yo pienso que no fue tan poquito, y aún hoy hay secuelas de ello.

En la mayoría de los casos los familiares no conocen cuál es la situación de la materna, porque no hay canales de comunicación suficientes o efectivos con ella o con el personal de salud. No solo es la falta de comunicación, también es por no entregar instrucciones completas y comprensibles.

S1: Ellos tampoco en la sala tenían información sobre lo que estaba pasando. Solamente decían *ya nació el bebé, va en tal dilatación y ya*. Uno con el anhelo de verlos, pues de ver a mi esposo. Pero no, nunca entró y él estuvo casi todo el tiempo allá en la XXX esperando que lo dejaran entrar, pero no.

Se puede concluir de esta subcategoría sobre la percepción del sistema general de seguridad social en salud, que la atención depende del nivel de ingresos y el régimen de afiliación, lo que hace ver que la medicina prepagada vela más por el bienestar de la mujer, pero no por convicción o modelo de atención, sino porque media el pago para recibir estos beneficios, que no deberían ser privilegios.

6.4.9. Personal de salud: no todo es blanco o negro, hay diversas gamas de grises

Las mujeres entrevistadas ven al personal de salud de diversas formas. Por un lado, en algunas ocasiones consideran apoyo, protección y acompañamiento por parte del personal médico-asistencial, quienes enseñan y desempeñan una labor educativa en la enseñanza de las pautas de crianza, además fortalecen física y emocionalmente la recuperación estando presente para las mujeres.

S7: [...] me la pasó, me hizo descubrir todo el torso, me puso a la bebé, me dijo que la cogiera, o sea, a mí me tocó un residente muy humano, o sea... entonces no tuve ninguna complicación y él estuvo todo el tiempo ahí, tuvo a la niña y estuvo llamando para que se llevaran a la niña porque tenía 33 semanas, entonces necesitaba ayuda de oxígeno.

Sin embargo, muchas de las mujeres percibieron un trato tosco, poco delicado, poco amable o carente de apoyo y de información por parte del personal de salud, tanto a nivel de la realización de las exploraciones físicas y los procedimientos como en el trato verbal que en ocasiones es displicente o a gritos —especialmente por parte del personal médico—, afectando a la mujer durante el proceso obstétrico, pues le genera sensación de soledad, indefensión y poco apoyo de las personas que las asisten, lo que, a su vez, lleva a desconfianza e inseguridad ante el actuar. Por tanto, un trato amable con actitud de servicio, que denote la relevancia de cada una de sus pacientes, podría mejorar estas situaciones, permitiendo un diálogo más abierto y dar voz a la mujer sobre su corporalidad y los procesos que están ocurriendo en ella.

S14: Cuando ya me iban a quitar los puntos también fue un problema porque la enfermera fue muy ordinaria... y me dijo acuéstese y no se vaya a parar por nada del mundo...Y cuando me fue a quitar los puntos eso no fue con delicadeza, sino ya. Entonces es como muy traumático y más para las mamás primerizas.

Adicionalmente, las mujeres expresan que con el transcurso de los años de labor y con el trabajo cotidiano, los agentes de la salud, quienes tienen el conocimiento, se van tornando más fríos y toscos, pierden el interés en sus pacientes, realizando su atención de forma

mecánica y normalizando las acciones violentas (“pierden la humanidad”), lo que muestra que los saberes se pueden transformar en métodos de dominación.

S14: [...] habían (sic) unos doctores que... como si se les perdiera la humanidad de tanto ya tener y sacar, tener y sacar mujeres embarazadas.

S9: [...] estos médicos que me tocaron... eran tan absolutamente inhumanos y juegan con el dolor de las personas y con su vulnerabilidad. Hay cierto sentido de pedantería y supremacía, respecto a un saber-hacer y ante la vulnerabilidad de las mujeres.

Por otra parte, las entrevistadas expresan que muchos de los procedimientos médicos o quirúrgicos se realizan por finalizar rápidamente y no por la necesidad específica de la gestante y su bebé. Este es el caso de las cesáreas innecesarias, por conveniencia de los horarios y/o actividades del profesional de la salud o las consultas muy rápidas; creando una sensación de malestar en la gestante, además, de dejar la sensación de que la consulta no es en pro de la salud del binomio.

S5: La doctora no se preocupaba por mi salud, si no por atenderme y ya. O sea, la consulta era como muy rápida, como no sé...no, no, no me sentí muy cómoda en ese momento. Uno quería hablar con ellas y... no, ellas era mire esto, ta, ta, ta y ya porque el tiempo está como contado, no le dan el tiempo suficiente al cliente o al paciente para que se pueda expresar.

Otro aspecto que se resalta frente a la apreciación de las mujeres sobre los trabajadores de la salud, es el poco conocimiento que tienen sobre las personas que las atienden durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Esto debido a la alta rotación de personal y los cambios de turno, generando en las mujeres mayor ansiedad, poca empatía y confianza ante las recomendaciones, tratamientos o sugerencias ofrecidas por el personal asistencial.

S9: [...] hubo cambios de médicos durante 24 horas. Yo esperaba que me atendiera el parto el médico con el que más había hecho confianza durante el proceso de gestación y eeeh...

no fue así por el cambio de turno. Me sentí desamparada, por cuanto no conocía los siguientes personajes que intervinieron en el proceso.

Por tal motivo, es pertinente que el personal de salud no olvide la importancia de la continuidad del manejo clínico; que en lo posible lleve secuencialmente cada caso de forma longitudinal, de forma atenta, para aumentar la seguridad y sensación de bienestar en la mujer, evitando, de esta forma, la divergencia en las atenciones entre los diferentes regímenes de aseguramiento, donde muchas de las entrevistadas coincidieron en que, con un plan complementario de salud sintieron que sus equipos de atención, incluyendo el ginecólogo y el anestesiólogo, fueron una presencia permanente, mediante una actitud de apoyo, colaboración y compromiso, lo que les permitió estar más cómodas y ser protagonistas de los procesos que ocurrían en su cuerpo.

6.4.10. La educación en salud es un proceso necesario siempre y cuando esté supervisado

Con respecto a lo que encuentran las mujeres sobre el tema docente-asistencial y la parte educativa en las instituciones de salud, se aprecia que hay una comprensión de que en los hospitales universitarios existen procesos de enseñanza y aprendizaje que contribuyen a la formación de nuevos profesionales de la salud. Sin embargo, expresan que en muchas ocasiones el estudiante de salud se encuentra solo, sin la guía permanente de un docente o instructor clínico, lo que podría causar daños, como el aumento de infecciones por realización excesiva de tactos vaginales.

S6: [...] la mayoría de los que nos veía eran estudiantes, ni siquiera era el profesional, eran siempre los estudiantes y pues los estudiantes lo único que nos hacían era tacto... tacto, tacto, tacto.

S14: La doctora le decía al practicante cómo cortar, eso no es malo, y le decía que tenía que meter la mano pa' sacarlo, y él no sé qué hizo, lo que hizo fue jalarlo, se me hizo acá (se señala el pecho).

Algunas entrevistadas señalaron haberse sentido vulneradas en su intimidad, dada la exposición de sus cuerpos al desnudo ante los estudiantes, lo que causa sensación de malestar.

S13: Pasaban practicantes y practicantes y mirándolo a uno, y yo no podía cerrar las piernas... ¿todos te hacían tacto?, no miraban cuando me lo hacían y me hacían preguntas de cuántos controles hice, que cómo me sentía, que si ya estaba sintiendo dolor.

S1: Lo que no me gustó fue que durante el parto hubieron (sic) como unas 20-30 personas en esa sala tomando apuntes y haciéndome a mí preguntas en ese momento, yo no quería saber nada.

Sin embargo, los estudiantes, además de ser parte del equipo médico y valorar la paciente con una mayor disponibilidad de tiempo, podrían identificar alteraciones o signos de alarma, lo que permitiría que estos fueran manejados de manera oportuna. También pueden constituir una fuente de apoyo psicológico, orientación e información para la mujer que se encuentra en proceso obstétrico.

La violencia obstétrica es realizada por algunos miembros del talento humano en salud, formado o en formación, encargado del cuidado de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Ciertas acciones han sido legitimadas por un saber médico consuetudinario, en el que prima el poder por el conocimiento, sobre las reales necesidades de la población. Este personal ha tenido una educación médico-académica y teórica en la que, en el aula de clase, se inculcan los más meticulosos criterios éticos, conceptos de cuidado, buen trato y respeto hacia sus pacientes, con el fin de fomentar una relación amable y duradera. Sin embargo, cuando llegan al hospital a realizar sus prácticas clínicas, comienzan a ver, hacer y repetir las acciones violentas observadas en el diario vivir de una sala de maternidad, pues muchos de sus docentes, los médicos, enfermeras, las normalizan y transmiten, sin estar al tanto de que estas acciones transgreden los derechos de la mujer.

Por otra parte, en la formación educativa del sector salud, los currículos están diseñados para enseñar sobre la enfermedad, no de procesos saludables de los diversos ciclos vitales

del ser humano, entre ellos la gestación; enseñando acerca del embarazo como una enfermedad que hay que tener bajo absoluto control de la ciencia, restando protagonismo a la mujer gestante y autonomía sobre sus cuerpos. Sin embargo, esta cuestión se encuentra en reforma y se evidencia en el documento para la transformación de la educación médica en Colombia.

6.4.11. Propuestas de cambio: el parto es nuestro y lo hemos entregado... ¡A recuperarlo!

Dentro del análisis se debe tener en cuenta la premisa que para evitar o disminuir la VO se debe iniciar por dejar de considerar el embarazo como una enfermedad. Posteriormente, se debe contemplar la importancia de lo referido hace más de 30 años por la OMS (1985), sobre las recomendaciones para una adecuada atención del parto, en las mejores condiciones y garantizando el mejor trato para el binomio madre-hijo, dentro de las que están: permitir el acceso a un familiar de la mujer en el momento del parto; no separación del recién nacido de su madre, al observarse que este está en condiciones sanas; conocer que no hay justificación científica que compruebe la obligatoriedad de una cesárea después de parto previo con el mismo procedimiento, ni de la necesidad de rasurar el área vaginal y periné de la mujer para la atención del parto. También tener claro que no hay recomendaciones para la realización del parto en posición horizontal ni de la ruptura artificial de la fuente.

Lo descrito lleva a revisar aspectos pensados como necesarios puntos de cambio. Son tres consideraciones esenciales recogidas de las experiencias de las mujeres entrevistadas, con el fin de disminuir el mal trato en todo el periodo de gestación, trabajo de parto, parto y puerperio:

- Acompañamiento del grupo familiar durante el proceso.
- Necesidad de privacidad e intimidad en esta las etapas de trabajo de parto y parto.
- Humanización del servicio.

Desde el momento del embarazo a las mujeres se les insiste en dirigir cada acción asociada al proceso de la gestación; cómo y cada cuánto asistir a controles y consultas, en qué condiciones, hasta si deben o no estar solas durante cada momento y en la atención del parto. Ante esto, las mujeres no pueden objetar, ya que ahí es cuando se lanzan la mayor parte de argumentos técnicos e institucionales que llegan a condicionar los deseos para un momento tan importante como lo es el parto, el de tener un acompañamiento.

S3: (Control prenatal) Yo iba con mi esposo y pues él... él se tomaba el atrevimiento de pedir permiso y no, lo dejaban ahí en la sala de espera.

S11: Me gustaría que fuera así, que mi esposo hubiera estado durante la cesárea, que él me hubiera acompañado y no hubiera sido tan traumático como lo fue estando sola.

Pero estas peticiones no nacen solamente del capricho de las mujeres por no sentirse solas en el parto. Organismos internacionales como la OMS han validado y resaltado el beneficio del acompañamiento y soporte continuo para la mujer, tanto en el momento del trabajo de parto y la atención como en el puerperio. Esto se considera como un aliciente para mejorar la ocurrencia de partos por vía vaginal, tener mejor soporte del dolor y a final de cuentas, tener una plena satisfacción y disfrute de la experiencia de traer una nueva vida al mundo, junto a sus seres más queridos y su núcleo familiar como base del apoyo.

S5: Ay sí, que me acompañara, poder cogerle la mano, apretarlo, mejor dicho.

Con lo recopilado y de lo transmitido por las entrevistadas, es claro que, en cuanto a los mejores ambientes para un adecuado y agradable momento del parto, se debe tener cuenta que no hay condiciones rígidas o un mismo estándar a seguir para todas. Es en manos y decisión de cada gestante como debe ser ese momento y en qué circunstancias considera que sería más benéfico emocional y físicamente para ella, sin desconocer las circunstancias de alto riesgo en las que es absolutamente necesaria la intervención de los servicios de salud.

Es evidente que el momento de trabajo de parto y atención del parto, dentro de las instituciones hospitalarias, dista mucho de considerar pautas de intimidad y privacidad (a menos que se cuente con los medios suficientes para pagar estos servicios adicionales). Es por esto que la falta de privacidad, la laxitud para ingreso de personal de salud dentro de los servicios de trabajo de parto y salas obstétricas, con profesionales que en ocasiones, por sobreponer su saber ante los observadores, desconoce la posición de la mujer, exponiendo sus órganos sexuales sin necesidad y aumentando la percepción de vulnerabilidad y falta de respeto hacia ellas.

S14: Pues me dejaron ahí en el pasillo donde van las mamás por urgencias, como cinco minutos; pero todos me veían... Ahora lo más incómodo también es que lo desnudan a uno, entra cualquiera, sube cualquiera, lo ve cualquiera. Por ejemplo, a mí en la sala esa me dejaron desnuda, todos entraban, todos salían... y yo en pelota, pues uno de mamá se siente muy incómodo.

S2: [...] hay una condición de humanidad en eso, pero sí digamos que uno, uno piensa que hace falta un poco más de privacidad y de un mejor trato que desafortunadamente sé que uno no lo tiene aquí sino pagando.

Con esto se deduce que una atención del parto dentro de las paredes de una institución hospitalaria no logra responder a las necesidades y requerimientos propios (emocionales y fisiológicos) de las mujeres. Esto es muestra de la omisión de la voz de las mujeres y la falta de atención a su real necesidad en este acto, pasando por encima y desvirtuando su papel en el control sobre su propio cuerpo. Se concluye que las gestantes que están expuestas, sin consideración de su privacidad, mantienen durante estos momentos una carga de estrés mayor que puede dificultar el desarrollo de cada una de las fases del parto, desencadenando posibles alteraciones o riesgos, tanto para ella como para el recién nacido.

En otro punto, se considera que la calidez en la atención es clave y prioritaria a tener en cuenta al momento de fortalecer la construcción de políticas, planes y programas enfocados en el mejoramiento de los procesos de atención hacia la población gestante.

La mecanización de la atención dentro del actuar médico y de los servicios de salud se ha convertido en una rutina que está desplazando esa íntima relación que debe existir entre médico-paciente. Dentro del contexto nacional, lo anterior puede ser causado por múltiples circunstancias, tales como el cambio del sistema de salud a uno que convirtió a los pacientes en clientes que solo son pagadores de servicios, desconociendo la conexión y entendimiento entre las partes y su entorno; la necesidad acumulativa y el colapso de los profesionales por la carga de horas de trabajo continuo, lo que lleva a una atención “en masa”.

S4: [...] Deberían ser como más humanitarios y ponerse en el pellejo de uno y yo digo, si, esa persona está sufriendo mucho, entonces ayudémosla o no seamos tan duros con ella, démosle positivismo, que necesitamos es positivismo para tener un parto tranquilo.

Todo lo referido da cuenta de la pérdida de la humanización de los servicios de salud, desconociendo cada vez más lo realmente importante dentro de los servicios de salud, el ser humano.

S9: Debería haber cierta normatividad interna y... un *reprocité* de la información que permita calificar el personal médico, y establecer las condiciones que fueron negativas para corregirlas. Un ente evaluador, un ente de seguimiento la aplicación de las medidas correctivas.

Por esto se evidencia que es cada día más urgente y evidente la necesidad de trabajar de manera multidisciplinaria, con el fin de generar cambios y transformaciones en el acto médico que propendan por los beneficios de la población específica, teniendo en cuenta su contexto y sus deseos. Es posible que lo necesario sea influir desde el ámbito académico, no solo con el conocimiento de técnicas alternas, sino con el fortalecimiento de la relación médico-paciente y del énfasis de lo social desde la salud pública.

6.4.12. Autonomía en el parto es dignidad de mujer

Al revisar esta categoría se observa cómo confluyen aspectos clave que han surgido a lo largo de la descripción y que dejan claro que uno de los puntos a tener en cuenta, y desarrollar por separado, es la falta de autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.

Dentro de los derechos de las personas se encuentran el derecho a la salud y a validar su identidad tanto física como emocional en relación con su entorno. La equidad en salud debe superar el marco de lo asistencial y responder a las particularidades por género, grupo social, clase, etnia, raza, edad, actividad laboral, entre otros, en especial para las mujeres gestantes.

Hay varios aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de esta ratificación de los derechos de las mujeres, que día a día se ven vulnerados, en ocasiones de forma silenciosa. Dentro de estos están los siguientes:

- Derecho a decidir su forma de reproducción y vía de parto, siempre que no tenga condiciones médicas que ameriten una conducta específica.

S3: Incluso yo le dije a uno de ellos que: *ya si me van a hacer cesárea, ya es la decisión que ustedes tomaron porque yo no estoy de acuerdo.*

- Derecho a ser informada y aceptar o disentir sobre lo que se realice en su vida.

S3: Cuando a uno le hacen llenar el consentimiento, yo la verdad no lo iba a firmar... yo le dije... o sea... yo no lo iba a firmar... le decía...

Le preguntaron ya a mi esposo y le pusieron como entre la espada y la pared. Le dijeron *venga su esposa, no quiere, ¿qué hacemos en ese sentido papá?... o sea... su esposa no quiere firmar...* él les decía: *doctor pues ahí sí lo que usted decida, lo que usted piense, porque pues usted es el que sabe.*

- Derecho de las gestantes a tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre cuál debe ser el actuar médico sobre este.

S3: [...] no doctor, y quiero un parto más humanizado, o sea yo quiero que sea normal, yo quiero sentir, yo todo, así sea más doloroso, pero pues quiero que mi hija tenga todo el proceso de, de... al momento de nacer, del parto.

- Derecho a practicar su vida sexual y reproductiva libremente.

S14: Ahí me explico un poconon de cosas... Entonces decidí optar por la trimestral.

Es indudable la necesidad de garantizar servicios de salud con el entendimiento de las condiciones particulares de las mujeres gestantes, sin generar momentos o actos impositivos o de irrespeto, que muestren la intención de mantener jerarquías invisibles, entre el médico y la paciente, lo que pueda llevar a desconocer la voz de las maternas en un momento tan privado y único, el cual debería depender de ella misma.

S9: Negado, por completo. Yo pienso que... que se ve violentado, irrespetado, maltratado, y absolutamente negado el papel de la mujer como tal, y la condición de la mujer se ve degradada ante este tipo de circunstancias, de este tipo de personas, y de estas locaciones y... todas las condiciones, inclusive el mismo lugar.

Los entes reguladores entran, en muchas ocasiones, a tomar parte de dichas decisiones, con una actitud que evidencia la dominancia del acto médico. Este trato dominante no solo es visible en actitudes negativas físicas o verbales, sino en desconocer lo que realmente quiere por la mujer, coartando así su libertad física y emocional.

Todo lo citado da cuenta de que para generar cambios en la atención obstétrica, es necesario darle voz y voto a las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio como dueñas de sus cuerpos, y que participen activamente de cada una de las decisiones a nivel individual, durante las consultas, procesos y procedimientos médicos.

Pero esta voz es haciendo presencia en la construcción y revisión de las políticas, planes y programas actuales donde el parto humanizado y un proceso de gestación respetado sea lo que prime, por encima de intenciones de terceros o externos.

Es importante resaltar que los resultados obtenidos al realizar este estudio, son semejantes a los alcanzados por (Monroy, 2012) y (Vallana, 2016); en nuestro país, pues convergen en los diversos tipos de violencia percibidos por las mujeres gestantes. Adicionalmente, los tres estudios presentan las relaciones dispares y violentas entre algunos integrantes del personal de salud y las mujeres, los procedimientos médicos innecesarios, la negación del protagonismo de la mujer en los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Acciones que violentan a la mujer a nivel físico, psicológico y sexual y que en algunas ocasiones se han legitimado en el ámbito médico y aceptado culturalmente, vulnerando los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres en su proceso obstétrico.

A modo de conclusión, cabe destacar que, pese a los múltiples acuerdos internacionales, políticas y programas, y su aplicación a nivel nacional, la equidad en salud para las mujeres es aún un tema que requiere fortalecimiento para disminuir la morbimortalidad femenina, en especial durante el periodo de gestación, buscando una salud integral para la mujer.

7. CONCLUSIONES

La VO es un tema que ha entrado al debate público hace muy corto tiempo, y su reconocimiento dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer ha sido poco visible y de ingreso paulatino. A nivel mundial varios estamentos como la CEDAW, las conferencias internacionales, la OMS y la CLAP han realizado grandes esfuerzos en establecer las pautas para el parto humanizado. Desde estas normativas solo se había reconocido la humanización del servicio, desconociendo la base conceptual detrás del significado de esta forma de violencia como parte de las violencias de género.

En Latinoamérica, muchos países han incluido en sus legislaciones la VO, creando estrategias de visualización, comunicación, control y sanción, entre ellos Venezuela, México, Argentina y Costa Rica. Por otro lado, hay otras naciones que han empezado su camino para la presentación de estos documentos estatales con el fin de erradicar este tipo de violencia, dentro de estos están Ecuador, Chile, Bolivia y Brasil. Es importante recalcar la ausencia de apoyo en diferentes países en el ámbito intercultural, específicamente con la población indígena, donde se ha mantenido oculta esta problemática.

En Colombia, pese a que se han hecho avances en la legislación sobre violencias de género, aún no se reconoce la violencia obstétrica, como una forma de violencia contra la mujer, por lo tanto es un reto incluirla, darla a conocer y crear estrategias y sanciones legislativas, lo que da cuenta del arduo trabajo necesario para complementar el recorrido ya iniciado.

Aunque a nivel nacional se ha trabajado en el tema de la disminución y control de morbilidad y mortalidad materno-perinatal, y en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, el fenómeno del mal trato en el ámbito obstétrico tiene aún muchos retos por resolver. Esto se hace evidente en varios aspectos: la visión de los trabajadores de la salud, los fundamentos de la formación académica de los profesionales en salud, la ausencia de una perspectiva de género en el análisis del problema y la articulación con el SGSSS.

En el transcurso de la investigación emergieron aspectos a indagar respecto a la percepción de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y puerperio como SGSSS en cuanto a sus diferencias de acuerdo a los planes de aseguramiento, la poca información dada a la mujer y su familia durante el proceso obstétrico, la infraestructura hospitalaria, el sector educativo en salud como integrante del equipo de atención y las limitaciones para lograr el acompañamiento de la gestante, parturienta o puérpera.

Las mujeres entrevistadas relataron que fueron violentadas durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio de diversas formas, algunas dejando una marca evidente en el cuerpo, como ocurre con la violencia física y otras una profunda laceración en la psiquis como en las diversas manifestaciones de las agresiones psicológicas. Dentro de las formas de violencia percibidas están la física, verbal, discriminación, mala praxis, relación poco amable entre la madre y el o los trabajadores de la salud y condiciones no adecuadas de los recursos físicos, el talento humano o los aspectos administrativos. Todas las formas de VO confluyen en una vulneración de la autonomía, los derechos humanos y sexuales y reproductivos de las mujeres.

Dentro de las formas de violencia que fueron percibidas con mayor frecuencia entre las entrevistadas están la violencia verbal, que se expresó en múltiples ocasiones con el silenciamiento de las mujeres, mediante coerción de no ser atendidas si se expresaban o gritaban y la comunicación no efectiva, dada por la no comprensión del lenguaje médico. Además, de la negación de una persona relevante en el acompañamiento del proceso desde la gestación hasta el puerperio.

La mala praxis, relatada por las mujeres entrevistadas presenta un amplio espectro, desde las exploraciones vaginales dolorosas hasta los procedimientos médicos no justificados, pasando por la negación de métodos farmacológicos o no farmacológicos de alivio del dolor y la negligencia o el abandono. Estas malas prácticas podrían disminuir o desaparecer con la difusión, entrenamiento y adherencia más estricta a los lineamientos internacionales y nacionales que sugieren de manera muy acertada como se debe realizar la atención del parto, incluyen recomendaciones de humanización de los servicios de atención obstétrica,

fomentan prácticas saludables y beneficiosas para las mujeres embarazadas, parturientas o puérperas y desestiman las practicas dañinas o sin evidencia de beneficios para la madre y el neonato.

Con respecto a la negación de la atención, servicios o medicamentos, es un aspecto que cada vez es menor en lugares como Bogotá, sin embargo es importante resaltar que las gestantes son sujetos de especial protección y no deberían ser negados los servicios para ellas. Además, deberán recibir una atención adecuada en cualquier institución de salud si lo requieren.

Por otro lado, las mujeres entrevistadas refirieron que el consentimiento informado se convierte en una figura de obligatorio diligenciamiento que les permite acceder a la atención requerida, sin embargo no son informadas en términos comprensibles, coherentes y completos sobre el procedimiento al cual serán sometidas por tanto sus decisiones son limitadas y con poca comprensión.

Uno de los aspectos que se resaltaron durante las entrevistas fue las diferencias entre los diversos regímenes de aseguramiento del SGSSS y la medicina complementaria, donde las mujeres afiliadas a prepagadas expresaron una mejor atención y trato más humano en todo el proceso desde el embarazo hasta el puerperio.

Es pertinente retomar los aspectos relacionados con el personal asistencial durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio pues las mujeres expresan que si bien vivieron manifestaciones de VO, en muchas ocasiones el personal asistencial se convirtió en un apoyo importante para culminar el proceso. Adicionalmente, en lo concerniente al personal en formación las mujeres resaltan que los estudiantes en ocasionalmente limitan la intimidad y exceden el número de tactos vaginales permitidos. Sin embargo, son un acompañamiento importante, detectan signos de alarma tempranamente y fomentan una comunicación más comprensible entre la madre y el personal médico.

Las mujeres entrevistadas realizaron propuestas, principalmente, de acompañamiento permanente por una persona relevante, humanización de los servicios de salud y mayor privacidad durante la atención institucional. Estos aspectos se encuentran plasmados en los instrumentos internacionales, latinoamericanos y nacionales, por lo que se reitera la importancia de la adherencia a estas guías para mejorar los resultados en salud y lograr que el parto sea una experiencia memorable, de forma positiva, restituyendo los derechos humanos, sexuales y reproductivos y autonomía de la mujer.

Se intuye un gran desconocimiento por parte de los trabajadores del sector de la salud sobre el problema de la VO, sus implicaciones y su manejo en el contexto de cada mujer y cómo esto puede afectar algunos determinantes sociales de salud, derechos humanos, sexuales y reproductivos. Sin embargo se requieren estudios que profundicen el problema de la VO desde el enfoque de los trabajadores de la salud encargados de la atención de las mujeres, gestantes, parturientas o puérperas.

El trabajador de la salud busca servir a sus pacientes, y proporcionarles el mayor grado de bienestar, en este caso las madres en proceso de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. No es un perpetrador violento y macabro, es también el resultado de una compleja interacción entre un sistema de salud disfuncional, que y un sistema educativo que lo ha formado bajo una educación de pautas antiguas, donde predominan las jerarquías médicas y la enseñanza con una disciplina férrea que algunas ocasiones limita el desarrollo personal y el pensamiento individual.

Lo anteriormente mencionado podría ser una de las causas determinantes del fenómeno de la VO. Adicionalmente, algunos de los trabajadores de la salud podrían no conocer el tema y sus alcances, pues no han recibido formación al respecto, por tanto, no lo identifican y podrían reproducir las conductas violentas. En otros casos los agentes sanitarios no tienen las habilidades para afrontar aspectos emocionales y sexuales del parto.

Dentro del análisis de casos de las mujeres entrevistadas, se observa cómo ellas han percibido y han sentido los diversos tipos de VO, y cómo, desde cada contexto individual,

existen propuestas para mejorar la atención en salud de las gestantes. Adicionalmente, en estos relatos hay una muestra de la perpetuación de la normalización de algunas conductas que reflejan por sí mismas un trato no digno, lo que hace ver la importancia de fortalecer e impulsar la voz de las mismas mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo.

El sistema de salud, especialmente el colombiano, maneja lineamientos administrativos que limitan los tiempos de consulta, lo que no permite un abordaje integral e integrador de las mujeres gestantes en todas sus esferas humanas y abarcando sus determinantes sociales de la salud. Además, limita el actuar del profesional de la salud al ámbito biológico o más aún al motivo de consulta o control prenatal, lo que genera en las mujeres, en muchas ocasiones, la sensación de una atención deficiente.

Los trabajadores de la salud también se ven sobresaturados en sus agendas de trabajo, sin espacios para el desarrollo personal, usualmente por la escases de personal, lo que en algunas ocasiones los lleva a realizar turnos de hasta 24 horas, por lo que sus horarios son extenuantes. Lo que los podría llevar a padecer de síndrome de *burnout*, o el trabajador quemado, que es una forma no adecuada para enfrentar el estrés emocional crónico, y se caracteriza por despersonalización, agotamiento laboral, pérdida de energía, fatiga, irritabilidad y disminución del desempeño personal debido a la sobrecarga, estrés e insatisfacción laboral (Pintado, 2015).

Concluyendo este trabajo se debe tener claro que al ser abordado solamente desde la perspectiva de las mujeres, no se puede comprender el problema de forma completa, pues requiere otros aspectos a indagar desde el trabajador de la salud, la educación en salud o el SGSSS por lo cual se insta a otros investigadores a ahondar en estas líneas de investigación para complementar las múltiples aristas de la VO.

El carácter exploratorio de este trabajo reconoce que lo que se ha dicho conceptualmente, en la práctica existe (prácticas comunes que constituyen formas no dignas o violentas de acción o intervención que lesionan a las mujeres), pero no hay un seguimiento visible, no solo al fenómeno *per se*, sino al cumplimiento y adherencia a las guías clínicas y

normativas de una atención del parto adecuada y en las mejores condiciones para el binomio madre-hijo.

La mayor ganancia obtenida a partir del desarrollo de esta investigación fue comprender que muchos de los programas, planes, guías y lineamientos internacionales, latinoamericanos y nacionales están dispuestos para garantizar una óptima atención y un trato humanizado del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio; y que tan solo con su cumplimiento a cabalidad disminuiría las acciones violentas.

8. RECOMENDACIONES

Finalmente, como propuesta de este trabajo, se puede decir que un punto clave para continuar el camino hacia la eliminación de cualquier tipo de violencia contra la mujer, particularmente en este caso las gestantes, es el impulso y motivación al empoderamiento y levantamiento de la voz tomadora de decisiones de la mujer, con el fin de hacer notorio su pensar y participación en la construcción de políticas, planes y programas de salud específicos.

También exhortamos a futuros investigadores a continuar la línea de revisión y trabajo sobre esta temática, posiblemente manejadas desde las otras perspectivas planteadas, siendo una de las más cruciales el manejo desde un enfoque teórico de equidad de género, pero también incentivar la necesidad de realizar estudios posteriores que examinen las razones del por qué el actuar de estos profesionales y trabajadores de la salud, las explicaciones, no solamente en el ámbito institucional y del sistema de salud, sino dentro de las normas sociales y las normas de género, identificando su opinión y postura sobre lo que sucede con los cuerpos y la voz de las mujeres.

Se sugiere que el personal asistencial y universitario involucrado con la atención de las gestantes reciba capacitaciones continuas sobre la atención apropiada del parto con calidad y calidez, de acuerdo con los lineamientos internacionales y nacionales vigentes, realizando procesos de educación y sensibilización sobre el tema de la VO para que sea reconocido.

Se recomienda a los entes de vigilancia: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y secretarías de salud departamentales, municipales y distritales incluir la VO como una categoría de violencia de género, que permita su inserción en los sistemas de vigilancia en salud pública, para poder generar indicadores fiables. Además, realizar capacitación sobre su reconocimiento y reporte oportuno a sus funcionarios para, de esta manera, obtener estadísticas actualizadas sobre el fenómeno e instaurar las medidas pertinentes para erradicar este tipo de violencia.

Se sugiere crear rutas de reporte que incluyan la VO como violencia de género para el Sistema Integrado de Información Sobre Violencias de Género (SIVIGE), como sistema de vigilancia en salud pública, con lo cual se permitirá la recolección, análisis, interpretación y disseminación continúa y sistemática de los datos para la posterior planificación de programas y proyectos que permitan darle solución al problema.

Se propone realizar acciones educativas que permitan sensibilizar a la población general y especialmente a las mujeres sobre la existencia del fenómeno de la VO, su reconocimiento y diversas formas de presentación, y de esta manera generar mayor conciencia, incentivar su reporte y nutrir los sistemas de vigilancia en salud pública, lo que permitiría conocer el verdadero impacto de la problemática en Colombia.

Es de resaltar que entes de vigilancia como el Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Violencias (ONV) cuentan con herramientas que permiten la recolección de datos frente a las violencias de género, tales como la línea de violencias de género (LVG), el Sistema de Gestión del Abordaje Integral de las Violencias de Género y el SIVIGE recientemente instaurado (2016), involucrando varios entes nacionales que lo nutren con sus datos, entre ellos el SIVIGILA, RUAFA, RIPS, PILA y otros como el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Ministerio de justicia y Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencia Forenses, 2016)

Sin embargo, la VO no está instaurada como categoría, y para poder reportarlo se requiere incluirlo en varias subcategorías, según el ámbito: violencia institucional o salud, según las características de la víctima: en condiciones de vulnerabilidad como gestante y según características de la persona agresora: ocupación de interés - persona profesional de la salud. Por lo tanto, reportar la VO es un proceso dispendioso, además que podría dar lugar a confusiones.

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), como institución encargada de la protección de los derechos de los usuarios del SGSSS, mediante la inspección, vigilancia y control, y el ejercicio de la función jurisdiccional, tampoco contempla la categoría de VO, por lo que no se han creado o sancionado acciones en pro de las mujeres que hayan sido víctimas de este tipo de violencia de género durante la gestación, trabajo de parto, parto o puerperio.

Las secretarías de salud departamentales, municipales y distritales presentan guías y protocolos actualizados, de atención durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, en donde se proporcionan las indicaciones de prácticas adecuadas y humanizadas durante este proceso, que si se cumplen a cabalidad evitarían la realización de prácticas innecesarias y/o violentas. No obstante, no se reconoce la categoría de VO o su reporte dentro de estos lineamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Noe, V. M. (Abril de 2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Medigraphic Artemisa*, VIII(1), 2-3.
- Anaya, R., Aguilasocho, C., Schadegg, D., Arreola, A., Pérez, C., & Medina, J. (2013). Praxis médica. *Cirujano General*, 35(2), 164 - 166.
- Arguedas, D. (2013). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. En D. Arguedas, *Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* (págs. 145-169). San José.
- Armendáriz, K. (22 de Julio de 2015). *Portal de la Red de Género y Salud Colectiva*. Obtenido de Portal de la Red de Género y Salud Colectiva: <http://instituciones.sld.cu/genero/2015/07/22/la-violencia-obstetrica-es-un-problema-de-salud-publica-que-contribuye-a-la-mortalidad-materna-especialistas/>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*.
- BBC. (13 de Julio de 2015). *BBC Mundo*. Recuperado el Junio de 2016, de BBC Mundo: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm
- Belli, L. (Junio de 2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 3-4.
- Bellon, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93 - 101.
- Benitez, G. (2008). Violencia Obstétrica. Editorial. *Revista Facultad de Medicina*, 5-6.
- Bohren, M., & Vogel, J. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A mixed-methods Systematic Review. *PLOS Medicine Journal*, 7-8.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse*. Harvard School of Public Health. Harvard School of Public Health.
- Buñuelos, N. (2010). *Mala práctica*. Nayarit Colima 251 San Antonio: Comisión Nacional de Arbitraje médico.
- Cáceres, F., & Molina, G. (2010). Inequidades sociales en atención materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 231-238.

- Camacaro, M. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Maracaibo, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Camacaro, M. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Maracaibo, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Cámara de Diputados de Chile. (2015). *Proyecto de Ley Num. 9902-11 de C. Diputados, de 28 de Enero de 2015 (Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica.)*.
- Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2004). *Parto Humanizado - Ley nacional N° 25.929*.
- Carvalho, B., & Severi, F. (2016). VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E ACESSO DAS MULHERES À JUSTIÇA: ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE. *Panóptica, 11(2)*.
- Castrillo, B. (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata. *Poder del cuerpo: derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, maternidades y abortos*, 1-6.
- Castro, R. (Marzo de 2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed, 19(1)*, 38-39.
- Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP. (2010). *Sistema informático perinatal, historia clínica perinatal y formularios complementarios*. Estados Unidos: OMS-OPS.
- Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP. (2015). *Acerca del CLAP/SMR*. Organización Mundial de la Salud. Estados Unidos: OMS-OPS.
- Chiarotti, S., García, M., Aucía, A., & Armichiardi, S. (2003). *"Con todo al aire"*. Buenos Aires: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).
- Chiarotti, S., García, M., Aucía, A., & Armichiardi, S. (2003). *"Con todo al aire"*. Buenos Aires: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de

- América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). .
- CLADEM. (3 de 1999). Silence and Complicity - Violence against women in Peruvian Public Health Facilities. *Women's International Network News*, pág. 53.
- Collado, S., & Sanchez, Á. (2016). ¿Referencia y contrareferencia o multi - rechazo hospitalario?. Un abordaje cualitativo. (CONAMED, Ed.) *CONAMED*, 21(1).
- Congreso de Colombia. (2008). *Ley 1257 de 2008*. Bogotá: Diario Oficial 47193 de diciembre 4 de 2008.
- Emmanuel, E., & Emmanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico - paciente. *Bioética para clínicos*, 109 - 126.
- Evans, T., Whitehead, M., & Diderichsen, A. (2002). *Introducción*. Fundación Rockefeller. Washington: Organización Panamericana de la Salud & Oficina Regional de la OMS.
- Faneite, P. (Marzo de 2010). Mortalidad materna: evento trágico. *Gaceta Médica de Caracas*, 118(1), 1 - 12.
- Faneite, P. (Marzo de 2010). Mortalidad materna: evento trágico. *Gaceta Médica de Caracas*, 118(1), 5.
- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. (2013). Guí de práctica clínica ara la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 245-288.
- Federici, S. (2004). Calibán y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. En S. Federici, *Calibán y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (págs. 58-246). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Génesis 3:16, L. B. (2011). *Génesis 3:16*. Illinois: Tyndale House Publishers, Inc.
- GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2014). <http://informe.gire.org.mx/info.html>. Ciudad de Mexico.
- GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2014). <http://informe.gire.org.mx/info.html>. Obtenido de <http://informe.gire.org.mx/info.html>: <http://informe.gire.org.mx/info.html>
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461.

- Grilo, S., De Oliveira, H., Faria, H., Cardin, G., Cavalcanti, P., & Carvalho, A. (2015). Abuse and disrespect in Childbirth care as a public health issue in Brazil : origins, definitions, impacts on maternal health, and Proposals for its prevention. *25(3)*, págs. 380 - 381.
- Hidalgo, P., Hidalgo, M., & Rodriguez, M. A. (2016). Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados. *Revista Latino - Americana Enfermagem*, *24*.
- Krieger, N. (2003). Gender, Sexes and Health: What are the connections and Why does it matter. *International Journal of Epidemiology*, 652-657.
- Magnone, N. (2011). Derechos Sexuales y Reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornada de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. U de la R. Montevideo*.
- Mayer, R., & Quelle, F. y. (1991). Metodología de investigación. En R. Mayer, & F. Quelle, *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux* (págs. 473-502). Paris: Gaëtan Morin Editeur.
- Mera, A. (26 de Abril de 2014). Mortalidad materna vuelve a dispararse en Colombia. *El País*, págs. 1-2.
- Ministerio de justicia y Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencia Forenses. (2016). *Mesa de Género de la Cooperación Internacional en Colombia*. Recuperado el 08 de Julio de 2017, de Sistema Integrado de Información Sobre Violencias de Género - SIVIGE: <http://www.mesadegenerocolombia.org/sites/default/files/sivige.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina. (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Argentina: Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Protección Social. (2000). *Resolución 412 de 2000. Guía 8: Guía de Atención del Parto*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de Protección Social. (2003). *Plan de choque para la reducción de mortalidad materna*. Bogotá.

- Ministerio de Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Norma técnica para atención del Parto*. Ministerio de Protección Social. Bogotá: MPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Ley Estatutaria 1751 del 16 Febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio Público República Bolivariana de Venezuela. (19 de Marzo de 2007). *Ministerio Público República Bolivariana de Venezuela*. Obtenido de Protección a las embarazadas:
http://www.mp.gob.ve/web/guest/enlace2;jsessionid=AC61C6F6D5416C7855B2E613C6F74EE5?p_p_id=62_INSTANCE_9lkZ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_9lkZ_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_9lkZ_groupId=10136&_62_INS
- Monroy, S. (2012). El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. *El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Escuela de Estudios de Género.
- Murray, M. (2008). El Dios de los Brujos. En M. Murray, *El Dios de los Brujos* (pág. 131). Madrid: Fondo Económico de Cultura de España.
- Observatorio de Equidad de Género en Salud. (2013). http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=123&Itemid. Santiago: Informe monográfico 2007-2012.
- Olza, I. (2013). PTSD and Obstetric Violence. *Midwifery Today Int Midwife*, 48-49, 68.
- Organización de Estados Americanos . (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar. Convención de Belém do Pará*.

- Organización de Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*.
- Organización de Naciones Unidas. (2009). *Violencia contra las mujeres*. UN Department of Public Information.
- Organización de Naciones Unidas. (2013). *Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Bogotá: ONU.
- Organización de Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- Organización de Naciones Unidas. (25 de Septiembre de 2015). *Naciones Unidas*. Recuperado el 09 de Julio de 2017, de Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo.: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud & Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las Desigualdades en una Generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (24 de Agosto de 1985). The Appropriate Technology of Birth. *Lancet*, 326(8452), 436-437.
- Organización mundial de la salud. (1996). *Cuidados en el Parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1 :
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. OMS: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Nota Técnica No. 348*.

- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2015). *www.who.int*. Obtenido de *www.who.int*: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Naciones Unidas. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*. Estados Unidos: ONU.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Oficina Regional para las Américas: OPS.
- Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud.
- Pintado, S. P. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 173-178.
- Pires, A., Grilo, S., & Blima, L. (2002). Violence against woman in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 1681-1685.
- Presidencia de la Republica de Colombia. (2013). *Equidad de la mujer*. Recuperado el 09 de 04 de 2017, de Equidad de la mujer: www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/politica-publica-de-equidad-de-genero.aspx
- Quevedo, P. (12 de 2012). *"Violencia Obstétrica: Una manifestación oculta de la Desigualdad de Género"*. Universidad Nacional del Cuyo. Mendoza: Universidad Nacional del Cuyo.
- Real Academia Española . (2016). *Real Academia Española*. Recuperado el 15 de Junio de 2016, de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=QcVbMjP>
- Real Academia Española. (2014). <http://dle.rae.es?id=QcQTtW3>. Obtenido de <http://dle.rae.es?id=QcQTtW3>: <http://dle.rae.es?id=QcQTtW3>
- Redondo, M. (2015). *Proyecto de Ley para Proteger a la mujer embarazada y sancionar la vionencia obstetrica*. San José: Imprenta Nacional Costa Rica.
- Rengel, C. (Mayo de 2011). La maniobra de Kristeller: Revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesionales*, 6-7.
- Republica del Ecuador. Asamblea Nacional. (2012). *Proyecto de Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias y*.
- Republica del Ecuador. Asamblea Nacional. (2012). *Proyecto de Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias: Ley orgánica de parto*

humanizado y Ley de práctica intercultural para el parto humanizado en el Sistema Nacional de Salud. Quito.

- Rodriguez, H. (30 de 06 de 2006). La relación médico - paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(4), 4, pág. 2.
- Roldan Rueda, N. (17 de Abril de 2017). La violencia invisible que hay detrás del parto. *Cromos*.
- Romero, C. (27 de 11 de 2012). <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte>. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte>: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte>
- Rubio, J. A. (Mayo de 2005). Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 2-3.
- Sadler, M., & Obach, A. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En A. y. Sadler, *Nacer, Educar, Sanar: Miradas desde la antropología del Género* (págs. 1-34). Santiago de Chile: Cátedra UNESCO.
- Scott, J. (1996). El Género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 26-28). México: PUEG.
- Senado de la República de México. (2014). *Senado aprueba sancionar violencia obstétrica*. Senado de la República de México, Coordinación de Comunicación Social.
- Stake, R. (2005). Qualitative Case Studies. En *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stake, R. (2007). Investigación con estudio de casos. En R. Stake, *Investigación con estudio de casos* (págs. 11-157). Madrid: Morata.
- Terán, P., Castellanos, C., Gonzalez, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstetrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 3, págs. 171-180.
- Thompson, J. (2006). *Los principios de ética biomédica*. Bogotá: Ascofame.

- UNICEF. (2003). *Iniciativa Instituciones amigas de la mujer y la infancia en el marco de los derechos*. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención primaria en Salud. Bucaramanga: PROINAPSA-UIS.
- Universidad Autonoma de Mexico. (22 de Junio de 2016). *Una de cada cuatro mexicanas sufre violencia obstétrica en instituciones de salud*. Universidad Autonoma de México, Dirección General de Comunicación Social.
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., & Arenas, L. M. (2016). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 21(1), págs. 26 - 32.
- Vallana, V. V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. . Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Villanueva, L., Gutierrez, M., Valdez, R., & Ángel, L. (2016). ¿ De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstetrica? *Conamed*, 21(1), págs. 7-24.
- Yin, R. (2009). Introduction. En case study research: design and methods. En *Applied Social Research Methods Series*. Thousands Oaks: Sage Publications.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección y registro documental

Documento	Año	Autor(es)	Orientación general	Meta u objeto	Abordaje violencia obstétrica		Recomendaciones finales
					Sí	No	