

**UN PARTO PARA RELATAR**

**EXPERIENCIAS DE PARTO DE UN GRUPO DE MUJERES EN LA LOCALIDAD DE SUBA**

Daniela Alexandra Betancourt González

Maestría en Ciudadanía y Derechos Humanos

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales

Universidad Jorge Tadeo Lozano

Trabajo de grado

Directora: Martha Liliana Gutiérrez Salazar

Marzo 2024



### **Ser mujer**

Soy Daniela, soy Salome, soy Andrea, soy Nancy,  
Soy mi hija, soy mis hermanas, soy mi mama,  
Soy mis abuelas, soy mi historia.

Soy las cenizas de mis ancestras quemadas en la hoguera,  
Soy descendencia indígena violada en la conquista,  
Soy saber ancestral que permanece en mis memorias,  
Soy todo lo que está mal.

Soy el legado de muchas mujeres que me recuerdan el miedo de ser quien soy,  
El miedo de ser mujer, el miedo de gestar, el miedo de hablar,  
El miedo de morir nuevamente,  
El miedo de arder en la hoguera de esta sociedad.

Quiero expresar el dolor y la ira que carga mi historia,  
La historia que comparto con mi linaje femenino,  
Porque es imposible ser mujer y no arder,  
Ser mujer y no sufrir.

Pero ¿acaso hay algo mejor que ser mujer?  
¿Hay algo mejor que el poder que esconde mi útero?  
El poder de la vida, el poder de la creación, el poder de la rebeldía,  
Este poder oculto que quema y transforma,  
Que me libera y nos libera a todas.

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>6</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>IV. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>V. METODOLOGÍA .....</b>	<b>9</b>
<b>VI. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>11</b>
<b>VII. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>VIII. MARCO JURÍDICO .....</b>	<b>30</b>
<b>IX. RESULTADOS: .....</b>	<b>37</b>
<b>X. CONCLUSIONES: .....</b>	<b>41</b>
<b>XI. REFERENCIAS:.....</b>	<b>44</b>

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1 .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 2 .....</b>	<b>32</b>

**Lista de figuras**

<b>Figura 1 .....</b>	<b>55</b>
-----------------------	-----------

**Lista de anexos**

<b>Anexo 1 .....</b>	<b>50</b>
----------------------	-----------

## I. Introducción

¿Cuántas veces hemos preguntado en nuestras familias como han sido nuestros partos? Quizá en alguna reunión familiar se ha tocado el tema o alguna hermana, tía, hija, ha quedado en embarazo y hemos pensado en esta etapa porque nos toca de manera directa, en mi caso en particular viví un embarazo adolescente donde escuche muchos “consejos” de las personas que me rodeaban y en las reuniones familiares todas las mujeres llegaban a la siguiente conclusión: “no vaya a gritar porque la atienden peor, aguántese el dolor lo que más pueda y no se queje, haga lo que los doctores le digan y eso todo sale bien”.

Al empezar a estudiar la maestría en ciudadanía y derechos humanos, descubrí que yo y muchas de las mujeres que me rodeaban habían sido víctimas de esto que llamaremos violencia obstétrica, la cual se define como una situación de violencia que vive la mujer por ser mujer (Vidal et al. 2021) que se deriva del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (Jojoa et al., 2019) dentro de un contexto altamente jerarquizado (Lafaurie et al. 2019), aquí encontré el nombre para las situaciones que había vivido en mi trabajo de parto.

Cuando me sumergí en el mundo de la violencia obstétrica, encontré mucha información, entre todas estas lecturas las practicas mas nocivas, como, la conducción del parto con oxitocina, la maniobra de Kristeller, la episiotomía, el uso de fórceps y la cesaría de manera indiscriminada; pero lo que me pareció más inquietante es que al descubrir esto, sin importar los años que transcurrieron, me sentí pequeña, expuesta y violentada.

Por esto, surgió la presente investigación, por la necesidad de conocer si al igual que yo, otras mujeres han experimentado este tipo de violencia, cuestionar el Estado, el sistema de salud y las personas que participan en esta etapa del ciclo vital de la mujer. Así pues, en este camino el lector tendrá la posibilidad de conocer diferentes autores a nivel nacional e internacional que han realizado diferentes abordajes del concepto y han contribuido en brindar un panorama desde su realidad, con un fin en común, que las mujeres durante la etapa de embarazo, trabajo de parto, parto y posparto sea humanizado, respetuoso y digno para todas las mujeres que habitan los diferentes territorios.

Además, encontrara la definición de algunos términos importantes para comprender la dimensión de este fenómeno, que debe ser abordado desde su complejidad, siendo este momento de la vida de la mujeres un momento lleno de subjetividades que merecen ser escuchadas y compartidas, por esto, la presente investigación se desarrolla con un enfoque investigativo mixto, que involucra la conversión de datos cuantitativos en cualitativos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se da voz a 15 mujeres de la localidad de Suba, donde se aborda el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, desde las categorías que contempla Jojoa et al. (2019) violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual en contraste con la Ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, respetado y humanizado.

Este largo camino, arroja algunos resultados importantes para poner en la mesa, el primero es que la Ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, respetado y humanizado, no define la violencia obstétrica lo que crea ambigüedad jurídica; a su vez, no menciona en ningún lugar la manera de denunciar violencia sexual, dejando en el aire aquellas insinuaciones o comentarios sexuales no deseados dentro del entorno institucional.

El segundo, el sistema de salud debe velar por la participación de las mujeres en espacios educativos para el desarrollo del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto que brinde herramientas que permitan visibilizar este tipo de violencia y velar por la garantía de un proceso amable y digno para todas las mujeres sin importar la raza, el estrato social, la edad o el lugar de residencia.

Para finalizar, este trabajo de investigación pretende sembrar la semilla de la curiosidad en los lectores, que indaguen desde sus hogares, sus experiencias, las de sus familias y velen por difundir la información que más les resuene, así pues, evitar que esta violencia siga siendo invisibilizada y transformar desde el poder que cada uno de nosotros tiene, cada contribución cuenta, por más pequeña que sea.

## II. Planteamiento del Problema

### 2.1. Contextualización del problema de investigación

Según Vallana (2022) el modelo científico que legitima el poder sobre el cuerpo en embarazo inicia en el siglo XVII, donde cobro mucha más fuerza después de la invención de los fórceps obstétricos que impulsa la fama de los hombres dentro del espacio obstétrico y se convierte el proceso natural del parto en un asunto médico.

A partir de allí, se deslegitiman los conocimientos ancestrales de las mujeres, quienes manejaban sus propios partos y pasa a ser un asunto dirigido por hombres, sumergido en un discurso lleno de riesgos, donde la intervención biomédica de la gestación y el parto se justifica en la tasa de mortalidad materna y los Estados deben velar por su disminución, siendo este un objetivo del milenio de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el informe de mortalidad materna de 2022 del Instituto Nacional de Salud, los factores de riesgo están relacionados con el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud, el lugar de residencia y pertenencia étnica, los cuales reflejan la violencia estructural y las inequidades entre los diferentes grupos poblacionales que habitan el territorio nacional. Según el análisis las principales características sociales y demográficas relacionadas a la mortalidad materna se encuentra en mujeres mayores de 40 años, mujeres afiliadas al régimen subsidiado o no afiliadas y pertenencia étnica indígena, que se concentra en los departamentos con un alto índice de pobreza monetaria.

La muerte materna debe entenderse como una de las problemáticas más visibles de la inadecuada distribución de la riqueza, que se expresa en desigualdad social con afectaciones directas, en este caso poder parir en condiciones dignas, sin importar su pertenencia étnica, lugar de residencia, estratificación o nivel de escolaridad.

Con lo anterior, es importante mencionar que la investigación se desarrolla en la ciudad de Bogotá, más específicamente en la localidad de Suba, donde según el diagnóstico local realizado por la Secretaria de Integración Social para el año 2023, es la localidad con más

población en todo el distrito con una cifra de 1.273.909 habitantes, de los cuales el 52,8% son mujeres y habitan alrededor de 325.368 viviendo en pobreza monetaria.

## 2.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres de entre los 20 y 30 años de la localidad de Suba frente a su experiencia de parto?

### III. Justificación de la investigación

Es inquietante realizar el abordaje de la violencia obstétrica en el contexto colombiano, dado que en los relatos de las personas que atraviesan mi día a día, está inmerso un lenguaje de violencia estructural, sumisión y subordinación, contenidas en las recomendaciones que se realizan para el momento del parto; es común escuchar frases como: “no vaya a gritar, porque la atienden más feo”, “usted hágale caso al doctor, él es el que sabe”, “entre menos se queje, mejor le va”.

Además, después en las anécdotas de las mujeres es común escuchar como la propia madre y el entorno legitima violencias con frases como: “así le haya dolido mucho por el pitocin, al menos acabo rápido”, “antes no se rompió de ojal a ojal”, “pero su hijo está bien y eso es lo que importa”. Es como si el papel fundamental de la mujer como dadora de vida, quedara relegado al de un objeto reproductor.

Quizá, apoyada desde mi experiencia personal, como mujer no fui consciente de que estas frases y tratos que suceden en los diferentes entornos durante el embarazo y parto son violencia obstétrica, así como, del impacto a nivel personal que trasciende a través del tiempo e influye en futuras decisiones. Por esto, surge el interés de esta investigación, de la necesidad de conocer más a profundidad la violencia obstétrica, los avances a nivel mundial y más específicamente en el contexto colombiano, así como indagar si otras mujeres también han sido víctimas de este tipo de violencia invisibilizada y normalizada.

Por lo anterior, es pertinente analizar las experiencias de las mujeres que han vivido un proceso de parto y sus sentires, para a su vez, poder contrastar esta información con el marco jurídico colombiano y desde este análisis brindar recomendaciones para las futuras madres y

para las instituciones, con el fin de construir un entorno protector donde se garanticen los derechos para todas las mujeres en su etapa de embarazo, parto y posparto.

En este proceso de construir una sociedad mejor para todos y todas, es necesario analizar el rol fundamental de la mujer como dadora de vida desde una mirada más consiente, crítica y humana, para cuestionar la manera en que se ha construido este modelo de atención del embarazo, parto y posparto; ¿realmente siempre las mujeres deben parir en un entorno institucional?, ¿es necesario que el personal médico intervenga en todos los casos?

No hay una respuesta absoluta a nada, pero esta investigación pretende sembrar la semilla de la curiosidad en todas y todos, para que cada día más y más personas sigan escribiendo acerca del embarazo, el parto y posparto, generando debates, construyendo conocimiento y buscando que todas las mujeres puedan disfrutar de esta etapa del ciclo vital en plenitud y con garantías.

#### **IV. Objetivos**

##### **A. Objetivo General**

1. Analizar las experiencias de parto de 15 mujeres de entre los 18 y 35 años de la localidad de Suba, con el fin de contrastar sus percepciones frente a las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica contempladas por la teoría y el marco jurídico colombiano vigente.

##### **B. Objetivos Específicos**

1. Revisar la literatura existente en relación con la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional, con el fin de categorizar los elementos negativos que intervienen en la experiencia de parto.
2. Diseñar y aplicar un cuestionario de recolección de información, con el fin de construir un perfil de las personas participantes y determinar su experiencia de parto, a partir de la categorización de la violencia obstétrica de Jojoa et al. (2019) y la ley 2244 de 2022.

3. Analizar la información recolectada, para contrastar los resultados con las tipologías de violencia obstétrica definidas en la literatura y el marco jurídico colombiano, con el fin de realizar recomendaciones para su abordaje desde los diferentes actores como organizaciones sociales, gobiernos locales, distritales y nacionales, institucionales prestadoras de servicios de salud.

## V. Metodología

La presente investigación se desarrolla con un enfoque investigativo mixto, el cual según Sampieri et al. (2006) que menciona a Mertens (2005) usa métodos de los enfoques cuantitativo y cualitativo, entendiendo el enfoque cuantitativo como un método de recolección de datos para probar hipótesis, con base en el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y el método cualitativo como un método de recolección de datos sin medición numérica para descubrir preguntas de investigación en el proceso de interpretar; por tal razón el enfoque mixto involucra la conversión de datos cuantitativos en cualitativos.

Por tal razón, se realiza la revisión de la literatura frente a la violencia obstétrica, la cual consiste según Sampieri et al. (2006) en detectar, consultar y obtener bibliografía y materiales útiles para extraer y recopilar información importante, con el fin de construir un marco teórico como referencia, lo que según Sampieri et al. (2006) basado en Mertens (2005) es un proceso de inmersión en el conocimiento que ya existe y un producto que es parte de un producto mayor, esto con el fin de describir el estado pasado y actual de la investigación.

Se procede a la revisión del estado jurídico internacional y colombiano frente a la violencia obstétrica, donde es importante mencionar 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 emitida por el Congreso de la República como la predecesora a la ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, humanizado y respetado emitida por el Congreso de la República, que tiene como objeto: “reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos”, las cuales brindan soporte jurídico a la investigación, así como, las Sentencias T-357 de 2021, T-344 de 2022 y T-198 de 2023 emitidas por la Corte Constitucional de Colombia.

A partir de la construcción teórica, se hace indispensable encontrar una herramienta de recolección de datos, entendida como el método de obtención de las perspectivas y puntos de vista de los participantes (Sampieri et al. 2006), pues la presente investigación intenta encontrar el sentido de las vivencias en términos de los significados que las personas les otorgan, pues cada sistema social tiene un modo único de entender las situaciones y eventos, lo que para Colby (199) se denominaría patrón cultural.

Con el fin de describir, comprender e interpretar el fenómeno de la violencia obstétrica, se toma como población objetivo mujeres de la localidad de Suba de 20 a 35 años de edad, que hayan tenido su parto en los últimos 6 meses dentro de una institución prestadora de servicios de salud, pertenecientes al régimen subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Después de tener claridad frente a la población objetivo, se procede al diseño de un cuestionario, entendido según Sampieri et al. (2006) como un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, conformada en este caso en particular de preguntas abiertas y cerradas que tiene como propósito cuantificar datos cualitativos y brindar a la investigación profundidad. El instrumento está conformado por: el consentimiento informado y la importancia de la participación, elementos de la gestación, la experiencia del parto en el entorno institucional, sugerencias para futuras madres y la perfilación de los participantes. (ver anexo 1).

Para finalizar, se realiza el análisis de la información, el cual consiste según Sampieri et al. (2006) en describir la información recolectada y desarrollar los temas por categorías, en este caso en particular, los cuatro tipos de violencia obstétrica definidos por Jojoa et al. (2019) violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual en contraste con la Ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, respetado y humanizado.

## VI. Estado del arte

Para iniciar, se hace una revisión general de lo que se ha escrito previamente acerca del tema abordado en este trabajo, en este caso violencia obstétrica, para lo cual se consultan diferentes fuentes académicas en busca de artículos, tesis de maestría e investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, con el fin de analizar los avances del campo y desarrollar una investigación que contribuya a la generación de nuevo conocimiento y la solución de la problemática en cuestión.

Este tema ha sido desarrollado desde diferentes metodologías, que abarcan la revisión de literatura, revisión de los diferentes marcos legales, encuestas, entrevistas semiestructuradas, entrevistas a profundidad y autobiografías, donde se aborda el fenómeno de la violencia obstétrica desde diferentes comprensiones, teniendo en cuenta la diferencia cultural y el contexto en el cual se viven las violencias, lo que en pocas palabras sería la diferencia de ser mujer en un país como Colombia, comparado con ser mujer en un país como Suiza.

Las investigaciones consultadas para la presente investigación proceden de países como España, Chile, Argentina, Cuba, México, Perú, Brasil, Uruguay y Colombia. Para realizar una referenciación geográfica del tema, esta investigación inicia con España y seguirá con las investigaciones de América Latina, para finalizar en Colombia.

Desde España, Goberna-Tricas (2019) procura profundizar los significados de los diferentes términos usados para hacer una aproximación al concepto, con una metodología de revisión de literatura, donde refiere que el concepto de violencia obstétrica, entendido como cuestión política, de relaciones de poder; permite observar que la maternidad es un espacio de dominio donde las mujeres pierden el rol de protagonista en su propio embarazo y parto. Esta tendencia creciente de considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales, a través del intervencionismo médico, constituye una auténtica violación a los derechos humanos (Al Adib Mendiri et al., 2017).

Medina (2023) en su investigación bibliográfica propicia la reflexión frente a que, si bien es necesario tipificar y castigar las formas de violencia durante la atención del parto, la normatividad debe centrarse en atender las formas sutiles de violencia que constituyen tratos denigrantes e inapropiados para las mujeres y en promover un modo de atención basado en la libre decisión de cada persona.

Como Cifre et al. (2019) lo menciona en su investigación de enfoque cualitativo, al explorar las vivencias de las mujeres, la dimensión que respecta al trato recibido fue la más relevante, trayendo consigo un impacto negativo en sus vidas, que se mantiene a través del tiempo.

Las investigaciones de Goberna (2019), Al Adib Mendiri et al. (2017), Medina (2023) y Cifre et al. (2019), hacen un llamado a poner el tema de la violencia obstétrica en debate especialmente con el gobierno, a fin de que asuma responsabilidades para la construcción de políticas públicas que incorporen la autonomía del paciente, mediante un modo de atención basado en la libre decisión de la persona atendida y, a su vez, en la promoción de educación a los profesionales de la salud, en valores y respeto hacia las mujeres. Todo lo anterior acompañado de esfuerzos para, finalmente, desarrollar la capacidad de agencia de las madres y la necesidad de que asuman el rol de protagonistas sobre sus procesos reproductivos y sean capaces de tomar decisiones respecto a la atención de su parto.

Como lo menciona Ramírez et al., (2021), según La Organización de las Naciones Unidas (ONU) la violencia obstétrica está tan normalizada que en muchos países todavía no se considera violencia, constituyéndose en un tipo de agresión invisible y no reconocida socialmente; razón por la cual todas las investigaciones e intentos de poner este fenómeno sobre las agendas de los gobiernos es valioso, siendo Venezuela el primer país en definir el termino dentro de una Ley orgánica, seguido de Argentina y México.

Argentina ha realizado grandes aportes al tema, siendo un referente teórico internacional, como lo refieren Barria y Rivera (2016), con la Ley del parto Humanizado Ley Nacional N.º 25.929, 2004, posteriormente, la Ley Nacional N.º 26.485 (2009) de Protección

Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Pero a su vez, el trabajo en cita concluye que tener legislación no es garantía de que la violencia no se presente. Por eso surge el Observatorio de Violencia Obstétrica como dispositivo social, cultural, político y transcultural, que, como menciona Quattrocchi (2018), constituye un instrumento para canalizar los datos recolectados para la participación en la construcción de política y seguimiento del fenómeno.

Tras esto, Chile replica el Observatorio de Violencia Obstétrica, con el fin de recoger información y presentar los resultados ante el Congreso, visibilizando la situación de su país frente a la atención de partos en el sector público y privado, teniendo en cuenta que el sistema de salud chileno se encuentra dividido por nivel socioeconómico, donde según Cárdenas y Salinero (2022) tras la recolección de una muestra de 2105 mujeres, se evidencia que el 79,28 % considera que experimentó violencia obstétrica durante el parto y, con respecto al tipo de institución, en los hospitales públicos la cifra es de 86,5 %, mientras que en las clínicas privadas desciende al 72,4%.

Gallegos (2018) hace una crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena y plantea el análisis de la violencia obstétrica como una forma de tortura, debido a las condiciones en que se genera, puesto que existe una relación de jerarquía y puede abarcar muchos grados e intensidades, que tienen como agravante la etnia, raza o estrato social. En el mismo sentido Abdala (2021) señala la necesidad de profundizar en la violencia obstétrica teniendo en cuenta condicionantes sociales de clase, étnico-raciales y de género.

Las investigaciones realizadas en México abarcan desde aquellas que buscan delimitar los derechos humanos que se ven quebrantados en el fenómeno de la violencia obstétrica (Ramírez et al. 2021), las que plasman experiencias de un grupo de estudiantes universitarias por medio de la escritura autobiográfica (Vásquez y Vega, 2022), hasta las que indagan por las representaciones de estudiantes y del personal médico sobre las mujeres usuarias, que, corroborando estudios previos, concluye:

La representación social hegemónica del personal médico y, en particular, de las y los internos sobre las mujeres usuarias se basa en una relación de poder asimétrica que, a partir de supuestos atributos raciales, étnicos y lingüísticos, carencias económicas, educativas y culturales, así como deficiencias de cuidado, vestido e higiene, las ubicaba como integrantes de un grupo “inferior” y subordinado (Coral, M. 2021, p. 202)

Estos resultados, permiten conocer el fenómeno desde otro rol, no desde quién sufre la violencia, sino desde quién en muchas ocasiones es el perpetrador de la misma. Estas preconcepciones e imaginarios permiten y justifican una serie de maltratos durante la atención obstétrica sin cuestionamientos, manteniendo la hegemonía patriarcal que rige las prácticas del sistema de salud. Por esto para Iparraguirre et al (2023) cuestionar el biopoder, las relaciones asimétricas entre las mujeres y el personal médico, permite desplazarse hacia la toma de conciencia frente al respeto a los derechos humanos que debería caracterizar la relación médico-paciente.

De lo anterior se concluye, en el contexto de América Latina, que los estudios revisados advierten la necesidad de promover el desarrollo de investigaciones que visibilicen la violencia obstétrica como una manifestación de violencia hacia las mujeres y que profundicen en el análisis interseccional. A su vez, dichos estudios hacen llamados a que desde la formación universitaria en el campo de la obstetricia se brinde educación con perspectiva de género, se respete la autonomía reproductiva de la mujer, se dote de sentidos el acto de parir y el nacimiento, sin diferenciación alguna de etnia, raza, edad o estrato económico.

Con respecto, al abordaje del contexto Colombiano es valioso, como sociedad en construcción, encontrar avances investigativos significativos frente a la violencia obstétrica. En ese sentido, Vallana (2016) amplía la visión del embarazo como acontecimiento biológico, construcción social y política que se cimienta en las estructuras de subordinación hacia la mujer históricamente validadas, que, a su vez, legitiman intervenciones innecesarias e imposiciones hacia el cuerpo y la conducta de

ellas, en busca de legitimidad a través del miedo y la culpabilización, razón por la cual, la autora cuestiona la sobrevaloración de la ciencia y tecnología en el parto, que ha sido un espacio liderado por hombres desde el renacimiento, tras la inquisición y persecución de las parteras.

Monroy (2012) le da voz, a través de su investigación, a 17 mujeres que en sendas entrevistas a profundidad describen diferentes experiencias durante sus procesos de gestación, parto y posparto, señalando de forma crítica el parto como un procedimiento estandarizado, parte del modelo tecnocrático de la medicina, que ve a la mujer como un objeto, disminuyendo su autonomía y capacidad de decisión. Además, refiere 16 procedimientos médicos -en el parto institucionalizado- que hacen parte de las manifestaciones de violencia durante la atención, como la prohibición de recibir alimentos o bebidas, moverse, los tactos vaginales, enemas, depilación, ruptura temprana de membranas, infusión intravenosa con oxitocina, epidural, fórceps, posición de litotomía, episiotomía, separación del bebé de la madre, maniobra de Kristeller, pujos de forma prolongada y la cesaría.

De las anteriores prácticas de los partos institucionalizados, Mora et al. (2023) hacen énfasis en las más nocivas, principalmente en la conducción del parto con oxitocina de forma indiscriminada, la maniobra de Kristeller y la episiotomía, por los grandes riesgos que conllevan para la vida de la madre y el bebé.

Jojoa et al. (2019) caracterizan las diferentes modalidades de violencia obstétrica en cuatro categorías: violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual. La muestra de esta investigación está conformada por 16 madres con niños menores de 2 años, que pertenecen al programa FAMI del ICBF, el cual tiene en su población sujeto a las madres gestantes y lactantes de niños y niñas de hasta dos años. El proceso de recolección de información se realiza a través de una entrevista estructurada donde se recogen los aspectos sociodemográficos y una entrevista a profundidad para la recolección de las experiencias de parto y puerperio; en los resultados se evidencia que el 69,5% de las mujeres entrevistadas sufrieron de uno o más tipos de violencia y predominan la psicológica e institucional.

Paralelamente, Vallana (2019) menciona que la violencia obstétrica es una violencia estructural, encubierta y normalizada, que degrada tanto a quienes la ejercen, como a quienes la reciben y es el resultado de la intersección entre violencia de género y violencia institucional

basado en modelos industrializados y tecnocráticos. Además, difiere de Jojoa (2019) dado que en su investigación menciona cuatro categorías, que son: violencia simbólica, institucional, física y psicológica.

La violencia obstétrica puede tener diferentes categorías dependiendo el autor, pero confluyen en los mismos sentires, así pues, Gleason et al., (2021) refiere las siguientes categorías de análisis del fenómeno: sentirse ignorada o descuidada, falta de respeto o sensibilidad cultural, falta de consentimiento informado, atención sin dignidad y abuso físico. Su investigación se centra en mujeres indígenas, que experimentaron al menos un parto institucional y se obtienen diferentes hallazgos, entre estos, que todas ellas coinciden en que sus saberes no son reconocidos, 8 de 9 se sintieron ignoradas frente a sus dudas y demandas, y casi todas manifestaron sentir humillación frente a su identidad indígena. Esto indicaría que para la lógica de la formación médica occidental estos saberes ancestrales carecen de sentido, lo cual las pone en una situación de mayor vulnerabilidad a sufrir otros tipos de violencia obstétrica.

Así pues, el pertenecer a un tipo de población considerada minoría aumenta la vulnerabilidad de la mujer y su propensión a sufrir de esta violencia. Ser mujer gestante sin compañía, desplazada, indígena, afrodescendiente, habitar calle, entre otras condiciones, pone a las mujeres en un sitio de inferioridad frente al poder institucional y profesional, necesariamente mediado por prejuicios sociales (Mora et al., 2023)

Todas las investigaciones inciden en analizar la violencia obstétrica desde su complejidad, con el fundamento estructural discriminatorio y violento hacia la mujer, donde según Mazuera (2021) esta posee una interrelación entre la medicina occidental, el servicio médico como Estado, el derecho a la salud y la condición de vulnerabilidad de la mujer gestante. Y a su vez, Lafaurie et al. Llamam la atención sobre “el desequilibrio en el modelo tecnocrático que, al darle mayor peso a la productividad, afecta el sistema de salud” (2019, p. 10).

Dicha posición encuentra respaldo en los hallazgos de Quintana y Ávila (2019) quienes en su estudio entrevistan a médicos especialistas en ginecología, que

manifiestan encontrar en el sistema situaciones estructurales que impiden tener prácticas positivas alrededor del parto, entre ellas el funcionamiento del sistema de salud colombiano, que condiciona el acceso a los recursos dependiendo de la capacidad adquisitiva de la mujer.

Lo anterior que implicaría, que, para la implementación del parto humanizado en Colombia es necesario vincular a todos los actores que confluyen dentro del fenómeno de la violencia obstétrica, partiendo de la educación a todos los profesionales que intervienen en el evento del parto y la reforma de sus condiciones laborales; como también la infraestructura de la atención hospitalaria y las restricciones que tiene el actual sistema de salud, que impide que el goce efectivo de las mujeres a una vida libre de violencias (Quintana y Ávila. 2019)

También se hace necesario poner el tema en las agendas de los gobiernos, pues como mencionan Perdomo et al. (2019) tras un rastreo de notas acerca de violencia obstétrica en la prensa Colombiana, se trata de un tema con poca claridad y discusión, que, al no tener un marco legal, dificulta la identificación de casos y la disminución de estos. En su mayoría, las notas trasladan la preocupación a la humanización del parto y la calidad de la atención de las mujeres gestantes.

Esto es un llamado a la creación de políticas públicas que atiendan las asimetrías a las que están expuestas las mujeres en el ámbito institucional, así como la creación de espacios de discusión frente a las prácticas violentas institucionalizadas (Mazuera, 2021), que lleven al empoderamiento de las mujeres en sus procesos sexuales y reproductivos, en el marco de la atención en salud (Jojoa et al., 2019), donde deberá instarse a instituciones y profesionales a respetar la autonomía, la privacidad, la intimidad y sus deseos como sujetos de derechos, entendiendo que cada cuerpo es diferente y, consecuentemente, la atención debe ser diferenciada para cada mujer (Vallana, 2019).

Los estudios revisados muestran que el sistema de salud y todos los que pertenecen a él deben propender por brindar información clara, veraz y suficiente, que le permita a la mujer tomar decisiones y evitar naturalizar conductas violentas (Vallana, 2019). Una forma de hacerlo es advertida por Monroy (2012), que encuentra en el curso psicoprofiláctico una posibilidad de actuar en la prevención de esta violencia, facilitando procesos de gestión de recursos con las mujeres gestantes.

Un deber del personal de salud en su formación es diseñar mecanismos para la prevención, así como, la sanción y la abolición de la violencia obstétrica, por esto desde los trabajos abordados se hace un llamado a los profesionales a aportar en la construcción de un marco jurídico que castigue toda forma de violencia obstétrica, así como, en otros países latinoamericanos como México, Venezuela y Argentina. (Jojoa et al., 2019)

Tras todo lo anterior, es posible percibir que la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional está cobrando cada vez más importancia, pues las diferentes investigaciones consultadas aportan al proceso de construcción de un marco de referencia para conceptualizar y analizar cuáles son estas acciones intencionadas y naturalizadas que constituyen para la mujer una forma de violencia.

Se denota el avance investigativo en el contexto latinoamericano y colombiano frente a este tipo de violencia, desde lo bibliográfico como método de análisis, de lo que hasta la fecha cada país ha construido a nivel teórico, jurisprudencial e institucional, sus avances y retrocesos; hasta los análisis comparados entre naciones, con el fin de observar qué ha funcionado en países con casos de éxito y analizar su posible replica en otros lugares.

Así mismo, para contrastar estos datos, algunos autores han centrado su investigación en el análisis de datos obtenidos a través de entrevistas, en su mayoría semiestructuradas, que recogen las experiencias y sentires de mujeres que han tenido partos institucionales; así como también entrevistas a médicos obstétricos y estudiantes, que permiten visibilizar un sistema de salud insuficiente para la atención de partos y la deshumanización frente al proceso de parir, observado en las prácticas violentas que se replican y naturalizan históricamente, desde la concepción del parto como una enfermedad y no un proceso natural de la vida, que le ha quitado a la mujer su rol de dadora de vida, reemplazándolo por el de una observadora frente al rol asimétrico de quien decide cómo debe ser el dar vida en la actualidad.

## VII. Marco teórico

Dentro del desarrollo de esta investigación es necesario precisar los conceptos base con los cuales se realizará el respectivo abordaje. Si bien el punto de central es la violencia obstétrica, es importante definir aquellos términos que vienen implícitos dentro de este tipo de violencia como: ¿Qué es sexo? ¿Qué es género? ¿Qué es la violencia de género? ¿Qué es la violencia estructural? ¿Cuáles son las categorías de violencia obstétrica?

Para iniciar, la discusión frente al concepto de **sexo y género** es extensa y se ha extendido a través de la historia; aquí expondré algunos investigadores que han hablado de ello, por cuestiones de pertinencia frente a la investigación. Así pues, Barría y Rivera (2016) refieren que según Giddens (1991) y Cobos (2005) el género se constituye como una perspectiva de análisis, en el que se entienden todas las construcciones sociales, culturales y psicológicas de los comportamientos que cada comunidad le asigna a cada sexo. A su vez, mencionan que para Esteban (2006) este concepto frecuentemente está dividido entre lo masculino y femenino sin considerar la dimensión relacional, que se constituye y se retroalimenta de manera dinámica.

Por otro lado, Quintana y Ávila (2019) mencionan que el psiquiatra Robert Stoller, durante sus investigaciones relaciona al sexo con lo biológico: las hormonas, genes, sistema nervioso, apariencia externa de los genitales y al género, con la construcción del rol desde lo psicológico. Según Lamas (1986) desde esta perspectiva se articulan tres instancias: la primera es la asignación de género, que surge en el momento en que nace el bebé con la apariencia física de los genitales, la segunda la identidad de género, la cual se establece con la aparición del lenguaje, desde donde se estructura su experiencia vital, actitudes y comportamientos, y la tercera es el papel de género que se forma con lo que dicta la sociedad frente a lo masculino y femenino.

Así mismo, Quintana y Ávila (2019) mencionan que para Scott (1985) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias de los sexos y una forma de relaciones de poder, los cuales comprenden los símbolos culturalmente disponibles, que se expresan en doctrinas religiosas, educativas o científicas que afirman lo femenino y

masculino, a través de instituciones, organizaciones sociales, la política y el mercado laboral segregada por sexos.

Para esta investigación, se adoptará el último concepto de género utilizado por Quintana y Ávila en referencia a Scott, analizando este, como una forma de relaciones de poder que permean el discurso del patriarcado, con un género dominante y otro sometido: lo masculino y lo femenino. Haciendo mención a que para Barría y Rivera (2016) la antropología ha mostrado que las formas de hablar de las diferencias sexuales están estrechamente vinculadas desde el territorio y las culturas, no desde la universalidad; así pues, desde la concepción occidental éste se ha construido desde una mirada jerárquica, dicotómica, heterosexual y patriarcal.

Por esta razón es pertinente analizar la historia de las mujeres, donde se evidencia que los roles de poder han estado inequitativamente distribuidos, encontrando barreras de acceso en sociedades construidas desde el **patriarcado**, el cual es definido por Monroy y Muñoz (2012) como una ideología política que influye directamente en lo cultural, social y económico, donde se ha logrado mantener a la mujer en un rol de subordinación y control, a su vez normatizada por la heterosexualidad y el deber ser como mujer, desde imaginarios, creencias, estereotipos impuestos desde esta concepción del sexo y el género. Que según Cifre et al., (2019) citando a Valls (2009) usa tres reglas relativas al cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; la fragmentación del cuerpo y la experiencia; y la medicalización y el poder en el acto médico.

Young (1990) menciona la **opresión** como una categoría central de análisis y evaluación de las estructuras y prácticas sociales, con cinco dimensiones: explotación, marginación, carencia de poder, imperialismo cultural y violencia. Así pues, define opresión como las desventajas e injusticias que sufre alguna gente, los impedimentos sistemáticos hacia algunos grupos, que se encuentra inmersa en normas y hábitos incuestionables, teniendo como resultado injusticias que suceden como parte de la vida cotidiana.

Dicha opresión ocurre en las sociedades de manera silenciosa, así como, la **violencia estructural** donde -según Penalva y La Parra (2008) con referencia a Galtung (1985)-, a diferencia de la violencia directa en la que se identifica al agente de la violencia, dicha identificación no es posible. Este agente se vincularía a la estructura social en aquellas situaciones de dominio y desigualdad social que limitan el desarrollo por parte de una parte de la sociedad, en este caso en particular de las mujeres.

En las dimensiones de la opresión, según Young (1990), las mujeres están sujetas a la explotación, a la carencia de poder, al imperialismo cultural y a la violencia; así como menciona que con solo la presencia de una de estas condiciones se podría hablar de un grupo oprimido. Es evidente que históricamente las mujeres como grupo han estado oprimidas y para esta investigación se destaca el aporte de Young y su análisis desde las teorías feministas frente a la estructura institucional de la familia patriarcal que se observa a través del Estado y sus instituciones.

Young (1990) en su propuesta de las cinco caras de la opresión, pretende que cada persona realice su propio análisis del grupo, teniendo en cuenta los cinco criterios para inferir en si un grupo está siendo oprimido o no. Así mismo, La Parra y Tortosa (2003) proponen el análisis del término violencia estructural cuando la investigación se mueva dentro de la insatisfacción de necesidades y mecanismos de poder social, donde para Weigert (1999) a partir de las estructuras sociales se producen estas distribuciones inequitativas del poder y los recursos.

Esta estructura se puede ver en las instituciones de salud. Según Barría y Rivera (2016) citando a Villegas (2009) y Camacaro (2009), la medicina fue y es una expresión del pensamiento patriarcal, que, tras el paso de la atención de los partos por parteras a profesionales de la salud y del traslado de los partos del hogar a los hospitales, con el surgimiento de la obstetricia y la ginecología, la ciencia médica hegemónica se ha apropiado de procesos naturales de los ciclos de vida de la mujer, reproduciendo la subordinación y perpetuando de la violencia de genero.

Para Jaramillo y Canaval (2020) **la violencia de género** corresponde a relaciones de dominación social y política, refleja la asimetría en las relaciones de poder donde la autoridad

del hombre lo sitúa en una posición superior sobre la mujer. Es de carácter estructural, social, político y relacional, que viola los derechos humanos. Pero, para Ruiz y Pérez (2007) no todas las formas de violencia contra las mujeres están directamente relacionadas al género.

Vallana (2022) describe la desposesión progresiva de las mujeres de los saberes y prácticas relacionadas con la medicina sobre sus propios cuerpos a partir del siglo XVI, cuando se empiezan a reglamentar en Europa las prácticas terapéuticas. Seguidamente la medicina se convierte en un saber, sucesos que abarcan el final de la Edad Media, el Renacimiento, extendiéndose hasta el siglo XVII cuando surge la obstetricia. Durante este proceso las mujeres que eran consideradas sabias fueron perseguidas, acusadas y exterminadas; así pues, en la inquisición el 75% de las condenas fueron para mujeres, con una cifra más alta en países como Inglaterra, Suiza y Bélgica.

Goberna-Tricas (2019), citando a Federici (2010), refiere que el costo de la transición del feudalismo al capitalismo fue el destierro de las mujeres sobre sus propios cuerpos, principalmente ligado a su sexualidad y reproducción.

En esta historia el fórceps obstétrico jugó un papel muy importante, pues impulsó la fama de los varones dentro de los escenarios de parto, que con los años trajo consigo una larga lista de instrumental y con ellos transformó el proceso natural del parto en un asunto médico, que obligo a las mujeres a parir en postura supina para facilitar la visibilidad del médico y el uso del instrumental (Vallana. 2022).

Según Vallana (2022) el discurso que relaciona el parto y el embarazo con el riesgo legitima la obligatoriedad de la atención médica y hospitalaria o, como lo mencionan Barria y Rivera (2016), la concepción de un sistema de poder y control sobre los cuerpos, lo que Foucault (1981) llamaría el “biopoder”.

Este es un momento en la vida de la mujer donde experimentará cambios fisiológicos como el crecimiento del útero de manera paulatina, que provoca síntomas relacionados con el sistema urinario y gastrointestinal, retención de líquidos en los miembros inferiores, disminución de la resistencia vascular, así como cambios hormonales, que distorsionan la

habitual fluctuación mensual, y cambios psicológicos relacionados con la responsabilidad de convertirse en madres, de cuidar y acompañar, incluso hasta de desprenderse de su identidad para construir un nosotros (Mazuera, 2021).

Según Sadler (2004) citado por Vallana (2022) **el embarazo** puede definirse como un impedimento, dificultad, obstáculo, encogimiento y como estado en que se halla la hembra gestante, que le incomoda, le obstaculiza y le impide. Un momento que, según esta terminología, la mujer vive una situación de dolor y riesgo, y en el que se ve atravesada por diferentes relaciones de poder que materializan un tipo de violencia doble: con relación a la subordinación en base al género y la que se deriva del poder médico e institucional.

Lo que nos trae al punto central de esta investigación, la **violencia obstétrica**. Es necesario resaltar el papel de los investigadores que desde su postura hacen un aporte teórico a la construcción y visibilización de esta problemática tan antigua, que ha logrado mantenerse invisibilizada a través de los años.

**La violencia obstétrica** es el ejercicio asimétrico de las relaciones de poder entre los médicos obstetras y las mujeres, la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos por el personal de salud, donde evidencia el trato deshumanizado, abusivo y la medicación en procesos naturales, que conllevan la pérdida de su autonomía (Iparraguirre et al., 2023; Barría y Rivera, 2016; Villegas, 2009).

Goberna-Tricas (2019) menciona el concepto como cuestión política de las relaciones de poder que pretenden en los cuerpos de las mujeres obediencia y sumisión, permitiendo dar cuenta de la maternidad como espacio de dominio de la biopolítica, siendo los profesionales los únicos autorizados de intervenir sobre el cuerpo de las mujeres, quitándoles el poder sobre su propio cuerpo.

Para Iparraguirre et al. (2023), citando a Castrillo (2016), se enmarca en la violencia de género y la violencia institucional, soportadas por un sistema jerárquico interconectado, donde se cuestionan las imposiciones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. A su vez, mencionan a Vidal et al. (2021) respecto a que la situación de violencia surge por ser mujer

y se intensifica como condicionamiento social por pertenecer a minorías étnicas, refugiadas, migrantes o privadas de la libertad.

Borges et al. (2020), citando a Lafaurie et al. (2019) también definen la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que conlleva al control de su capacidad reproductiva y su sexualidad. Mencionan también la carga multifactorial surgida de la intersección entre la violencia estructural de género y la violencia institucional, que implica la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, mediante un conjunto de prácticas que las degradan, oprimen e intimidan de distintas formas, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto.

Está constituida por las acciones o conductas que se desarrollen a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que subvaloran lo relacionado con lo femenino, que se derivan del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (Jojoa et al., 2019); que, según Lafaurie et al. (2019), se dan dentro de un contexto altamente jerarquizado, donde las mujeres son convocadas a someterse al poder institucional y perder la autonomía de su cuerpo y de un proceso que les pertenece.

Mora et al. (2023) por su parte realizan una revisión de la literatura y mencionan unos elementos estructurales del término, como la existencia de una víctima, un perpetrador y un escenario específico, donde se identifica a la mujer como víctima de actos o acciones como amenazas, coacción, chantaje o indiferencia, ligadas a las relaciones de poder relacionadas con la hegemonía médica, dinámicas de patologización y medicación de la maternidad, que impiden la participación activa de la mujer en este proceso.

Por otro lado, Quintana y Ávila (2019) refieren la postura teórica de los ginecólogos, quienes definen la violencia obstétrica como subjetiva en la mayoría de los casos, dado que las mujeres se sienten violentadas no tanto debido a los procedimientos sino al trato del personal de salud, donde argumentan que el tiempo de atención es insuficiente y señalan que para lograr un cambio se requiere adoptar cambios en el sistema de salud y en la educación del personal de salud. Según Goberna-Tricas (2019) una de las razones por las cuales el término no está más extendido es por la resistencia de los profesionales de salud al mismo.

Para la presente investigación, **la violencia obstétrica** se define como una situación de violencia que vive la mujer por ser mujer (Vidal et al. 2021) que se deriva del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (Jojoa et al., 2019) dentro de un contexto altamente jerarquizado (Lafaurie et al. 2019) que soporta la asimetría de las relaciones de poder entre los médicos obstetras y las mujeres, donde se evidencia el trato deshumanizado, abusivo y la medicación en procesos naturales, que conllevan la pérdida de su autonomía (Iparraguirre et al., 2023; Barría y Rivera, 2016; Villegas, 2009) enmarcado dentro de la violencia de género, la violencia institucional y la violencia estructural (Iparraguirre et al. 2023. Castrillo, 2016. Lafaurie et al. 2019).

La violencia obstétrica es una situación multidimensional en la vida de las mujeres que abarca diferentes expresiones dentro de la misma, por tal razón varios autores manifiestan unas categorías o tipificaciones para su respectivo análisis. Según Jojoa et al., (2019) se encuentra dividida en cuatro categorías cada una con subcategorías; la primera es la violencia institucional, que se encuentra dividida en políticas institucionales que limitan los derechos y no satisfacen las necesidades de las gestantes y la inconformidad recibida durante el parto. La segunda es la violencia psicológica, dividida en la omisión del derecho a la información y a la autonomía y la violencia verbal e impedimento de expresarse libremente de las gestantes. La tercera es la violencia simbólica, como la naturalización de la violencia en los procesos de atención del embarazo. Y, por último, la cuarta es la violencia sexual como dolo en el acto médico.

Para comprender a profundidad lo que Jojoa et al., (2019) entiende por las categorías, empezare con **la violencia institucional**, que citando a Bruyn (2003) se manifiesta en la negación de tratamiento sin referir a otros para recibir atención oportuna, brindar deliberadamente información incompleta, largas esperas para ser atendida en los centros de salud, negación de medicamentos y tarifas excesivas. Frente a las políticas institucionales entendidas como los manuales, guías o protocolos de atención que se crean con el fin de contribuir con un servicio humanizado y garante de derechos, se encuentran políticas relacionadas con el ejercicio que generan inconformidades, como lo son los tactos a repetición y la posición supina de parto, conlleva a la inconformidad frente a la atención recibida durante el parto, pues las mujeres perciben que sus solicitudes y manifestaciones son ignoradas

constantemente y el silencio resulta ser la estrategia adoptada para conseguir una mejor atención.

En ese orden, la segunda categoría es **la violencia psicológica**, que se divide en la omisión del derecho a la información y la autonomía, responsabilidad que recae sobre las instituciones donde las mujeres realizan sus controles prenatales, quienes no generan estrategias adecuadas para tener procesos educativos efectivos. Pues, aun cuando existe evidencia científica que favorece la adopción de otras posiciones a la hora de parir basados en investigaciones, es impensable para las madres decidir qué posición tomar en su proceso de parto. Junto con la violencia verbal y la imposibilidad de expresarse libremente, Jojoa et al., (2019) citando a Belli (2013) quien afirma que las agresiones verbales se manifiestan en muestras de insensibilidad ante el dolor de la mujer, insultos y comentarios humillantes.

La tercera categoría es **la violencia simbólica**, esta que surge de la dominación, que en pocas palabras es el consentimiento por interiorización o naturalización de las relaciones jerárquicas, lo que ayuda a que este tipo de violencia sea invisibilizada, pues dificulta su identificación, las madres sienten que durante el proceso deben someterse como medio de protección a regaños o aislamientos, por interiorizaciones resultantes de experiencias anteriores o relatos de otras mujeres. (Jojoa et al., 2019).

Y la última categoría mencionada por Jojoa et al. (2019) es **la violencia sexual**, la cual se determina como cualquier tipo de comportamiento que busca la coacción hacia una persona para que lleve a cabo una conducta sexual específica, en este caso en particular, insinuaciones o comentarios sexuales no deseados en medio del desarrollo del proceso obstétrico.

**Tabla 1**

Categorización de la violencia obstétrica según Jojoa et al. (2019)

<b>Violencia institucional</b>	<b>Violencia psicológica</b>	<b>Violencia simbólica</b>	<b>Violencia sexual</b>
Esta violencia se divide en dos, la primera sucede en el entorno institucional,	Esta se divide en la omisión del derecho a la información y la	Es la naturalización de las relaciones jerárquicas. El	Son las insinuaciones o comentarios sexuales no deseados en medio

<p>con la negación de tratamiento, así como, de la información, largas esperas para la atención, negación de medicamentos y costos excesivos.</p> <p>La segunda frente a las políticas institucionales que se crean con el fin de contribuir con un servicio humanizado, pero resultan negativas, pues las mujeres perciben que sus manifestaciones son ignoradas y el silencio termina ser la estrategia para conseguir una mejor atención.</p>	<p>autonomía, donde en el entorno institucional no se generan estrategias adecuadas para tener procesos educativos efectivos.</p> <p>Y la violencia verbal, como la imposibilidad de expresarse libremente frente a su proceso de parto, así como, las agresiones verbales hacia ellas por parte de los agentes de salud, como insultos y comentarios humillantes.</p>	<p>sometimiento de las madres como medio de protección a regaños o aislamientos, por interiorizaciones resultantes de experiencias anteriores o relatos de otras mujeres.</p>	<p>del desarrollo del proceso obstétrico.</p>
--	--	---	---

**Nota:** Elaboración propia, basado en Jojoa et al. (2019)

Otros autores como, Lafaurie et al., (2019) citando a Almonte (2016) señala que la violencia obstétrica se presenta en dos tipologías: la primera es la física, entendida como la manipulación del cuerpo, practicas invasivas y suministro de medicamentos sin justificación; la segunda es la psicológica, entendida como regaños, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, utilizarlas sin ningún respeto a su dignidad.

O Borges et al., (2020) menciona que para Campiglia (2017) se identifican tres tipos de violencia obstétrica; La primera es la violencia desnuda, que consta de aquellas prácticas de maltrato directo contra la mujer en el proceso de embarazo o parto, de forma física o verbal, por medio de gritos, burlas, amenazas o mediante la practica injustificada de procedimientos; la segunda es la violencia velada, que consta de las manifestaciones médicas que producen

dolor o daño sin beneficios a la salud materna o del recién nacido. Y la tercera el abandono como forma de violencia, que consta de la desatención deliberada a las demandas de las mujeres embarazadas como forma de disciplinar.

O, Ipaguirre et al., (2023) menciona a Barbosa y Modena (2018) con cinco tipificaciones: la primera consta de atenciones innecesarias sobre el cuerpo de la mujer o del feto, la segunda de humillaciones, abuso verbal o físico; la tercera de falta de insumos o instalaciones inadecuadas; la cuarta de prácticas realizadas por residentes sin los premisos reglamentarios y la quinta de discriminaciones por motivos religiosos, culturales, económicos o étnicos.

Para Vallana (2022) se manifiesta en tres grandes grupos, el primero que viene con la subvaloración del proceso de embarazo por parte del sistema biomédico con lógicas de perfeccionamiento por medio del cual crean protocolos de ayudas a la madre y a su hijo, sin los cuales ella no podría parir. El segundo son los castigos expresados mediante violencia verbal, simbólica o física hacia las mujeres que no reproducen la generalidad o manifiestan sus sentires y los expresan negándose a los procedimientos. Y el tercero, el parto como un modelo industrializado y tecnocrático de parir/nacer, optimizando tiempos y disminuyendo costos.

Frente a las categorías o tipificaciones de la violencia obstétrica no hay un estándar, cada autor asume diferentes posturas para analizar este fenómeno. Por tal razón, por temas de pertinencia para esta investigación la postura que se asumirá es la de Jojoa et al., considerando a esta la definición más completa, pues menciona la violencia sexual, que si bien según los resultados de la investigación de Jojoa et al., (2019), es menos frecuente que las demás, si se presenta dentro del contexto institucional.

Es importante resaltar que este tipo de violencia trae consigo afectaciones para él bebe y la madre, como lo menciona Mazuera (2021) las consecuencias son perceptibles en la esfera relacional, emocional, física y adaptativa; además de la exposición a efectos secundarios de los medicamentos y procedimientos utilizados.

Por esta razón, surge la necesidad de realizar el análisis de las experiencias y las percepciones que viven las mujeres durante el momento del parto. Entendiendo percepción como una experiencia sensorial consciente, que nos permite entender el mundo, en primera medida para la supervivencia. Para Larrosa (2006) **la experiencia** es algo que me pasa y no soy, que necesita de un algo o alguien, de un acontecimiento exterior a cada uno, que esta fuera y es extraño; pero también sucede en cada uno, pues ese es el lugar de la experiencia, eso que “me pasa”, por esto la experiencia es singular, particular, propia e irrepetible. En este caso el algo es el momento de parto, pero la experiencia que cada madre vive es particularmente diferente, así hayan compartido sala en la institución de salud.

Según Goldstein (2006) **la percepción** tiene un proceso circular que consta de un estímulo ambiental, estímulo atendido, estímulo en los receptores, transducción, procesamiento, percepción, reconocimiento, acción y conocimiento; siendo un proceso de cambio continuo y dinámico, que en realidad no tiene punto inicial ni final. Así pues, es un proceso individual, que se ve influenciado por los conocimientos previos.

Para Oviedo (2004) la percepción es un proceso de extracción y selección de información relevante para el desempeño en el mundo, que se obtiene a través de la experiencia sensorial (la luz, calor, sonido, impresión táctil), donde se toma la información susceptible de generar una representación mental. Por ello, el estímulo ambiental puede ser el mismo para un grupo de personas y cada persona, percibir de manera diferente la situación.

Por lo anterior, en esta investigación se hace pertinente analizar las experiencias y percepciones de las madres de la localidad de suba, para así, analizar como el parto, se encuentra permeado de diferentes emociones, dependiendo de cómo cada mujer conciba el mundo y actúe en él; además de la influencia de los agentes que intervienen en este proceso.

### VIII. Marco jurídico

En Colombia es pertinente analizar el marco legal que se tiene hasta el momento, así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional frente a casos reales y su abordaje, con el fin de poder realizar aportes significativos al desarrollo de la temática.

Para empezar, es necesario aclarar que el marco jurídico colombiano es precedido por el de otros países latinoamericanos, como Venezuela, Argentina, México y Uruguay, que incluyeron en sus leyes definiciones de violencia obstétrica.

Como lo menciona Monroy (2012) la violencia obstétrica fue definida en la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela, capítulo III, artículo 15:

La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (p. 16)

Por otro lado, Vallana (2019) menciona que en Argentina fue sancionada, en marzo de 2009, la Ley 26.485 o Ley de protección integral de las mujeres, en el artículo 6, donde se define la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (p. 134)

Con estos dos países como predecesores, empieza el trabajo en México que, según Vallana (2019), para abril de 2014 aprueba la modificación del artículo 6 de la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y conceptualiza el término como la negligencia del personal médico por acción u omisión, mediante el abuso de medicalización o patologización de procesos naturales, práctica abusiva de

cesarías, uso de anticonceptivos sin el consentimiento informado de la madre, el desapego inmediato de la madre y su hijo; y en general todas aquellas prácticas que causen daño a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Posteriormente, se suma Uruguay con la ley 19580, donde después de una discusión de nueve meses según Farías y Magnone (2022) por unanimidad se conceptualiza la violencia obstétrica como: “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo, o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”. (p. 69)

En el marco jurídico Colombiano, frente a lo relacionado con Violencia obstétrica, existe la ley 1257 de 2008, que tiene como objeto la adopción de normas para garantizar a todas las mujeres una vida libre de violencias, en el ámbito público como privado, donde se entiende por violencia hacia la mujer cualquier acción u omisión que le cause muerte, daño o sufrimiento por su condición de ser mujer.

Tras varios proyectos de ley fallidos, el 11 de julio es aprobada la ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, humanizado y respetado, que tiene como objeto: “reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos”.

En dicha Ley se mencionan los derechos de las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal, así como, los derechos de los recién nacidos. Se resalta el parto respetado y humanizado, con enfoque diferencial; donde se promueven practicas positivas como el tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno; monitoreo fetal intermitente, con el fin de facilitar la movilidad y la comodidad durante el trabajo de parto; las ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico; movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto; uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor; pujo de acuerdo a la sensación fisiológica de la mujer en etapa expulsiva avanzada.

Además, esta Ley en el art. 10 menciona el pluralismo cultural, el cual debe ser respetado por el personal de salud, mediante procesos de atención con enfoque diferencial e interculturalidad; para así, garantizar la vida, dignidad, integridad y salud, antes, durante y después del parto.

Si bien es cierto, en esta ley no se define de manera directa la violencia obstétrica, se aclaran los derechos y deberes de las madres, así como del Estado y el personal médico que interviene; además en el art. 12 (sanciones), menciona que el incumplimiento de las disposiciones de la Ley por parte de los agentes de salud, colaboradores o instituciones en que estos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios; lo que, en otras palabras quiere decir que todas las prácticas contrarias a un parto digno, humanizado y respetado, podrá ser sancionado.

A continuación, se adjunta una tabla donde se evidencian los derechos de las madres durante su etapa de gestación, parto y post parto, según la Ley 2244 de 2022, divididos según los tipos de violencia obstétrica que menciona Jojoa et al. (2019), a modo de hacer realizar un análisis visual, para posteriormente realizar las categorías de análisis de la investigación.

**Tabla 2**

Clasificación de la Ley 2244 de 2022 frente a la categorización de violencia obstétrica sugerida por Jojoa et al. (2019)

<b>Ley 2244 de 2022 de parto humanizado</b>			
<b>Violencia institucional</b>	<b>Violencia psicológica</b>	<b>Violencia simbólica</b>	<b>Violencia sexual</b>
A ser tratada con respeto y sin discriminación de manera individual, protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.	A participar en un curso en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica,	Recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y la parte administrativa.	

<p>A ser ingresada al Sistema de Salud y a ser atendida sin barreras administrativas.</p> <p>A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, para garantizar la salud de la madre de acuerdo con su condición de salud.</p> <p>A recibir monitoreo fetal intermitente durante el momento de parto.</p> <p>A recibir ingestas líquidas de acuerdo con las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y posparto.</p> <p>Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.</p> <p>A pujar de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada.</p>	<p>que garanticen la dignidad y comodidad.</p> <p>A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, parto, post parto; mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.</p> <p>A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones, con el fin de que pueda decidir.</p> <p>A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido. Además, a que el cónyuge y sus familiares tengan información oportuna, de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto, posparto, duelo gestacional y duelo perinatal, al feto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.</p> <p>Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.</p>	
--	---	---	--

<p>A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico.</p> <p>A recibir la dotación básica de alimentos, higiene para el recién nacido o los recién nacidos, durante al menos 30 días posteriores al nacimiento, si pertenecen al Sisbén grupo A 1 - A5.</p>	<p>A presentar su plan de parto, así como a partir de la semana 32 de gestación, que los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible por los actores del sistema de la salud que le atenderá en parto.</p> <p>A recibir asistencia psicosocial, oportuna y de calidad con enfoque diferencial</p> <p>A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección.</p>		
--	---	--	--

**Nota:** Elaboración propia, basado en la Ley 2244 de 2022 o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”

Así mismo, esta tabla se diseña para que el lector pueda realizar cambios y sugerencias de mejora en futuras investigaciones, dado que la violencia en la vida real no se puede encasillar, ni delimitar; en este caso puntual, la violencia simbólica, es la que refiere más dificultad de encontrar evidencia, razón por la cual, cito a Jojoa et al. (2019) quienes refieren que la naturalización de las relaciones jerárquicas, ayuda a que este tipo de violencia sea invisibilizada, pues no está explícita ni en la ley, ni en nuestro lenguaje cotidiano.

También es importante señalar que en la ley no se esclarece el termino de violencia obstétrica, así como, no se menciona por ningún lado la posibilidad de que las mujeres sufran de algún tipo de violencia sexual durante su gestación, parto y post parto.

Por otro lado, la Corte Constitucional ha realizado varios pronunciamientos frente a la violencia obstétrica en las Sentencias T-357 de 2021, T-344 de 2022 y T-198 de 2023; las cuales brindan un soporte jurídico frente al análisis de la violencia obstétrica en el contexto colombiano.

En la sentencia T-357 de 2021 se menciona la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres que contiene todos los maltratos y abusos de los que son víctimas en los servicios de salud reproductiva o durante procesos de atención del embarazo, parto y posparto, así como también, expresan tres tipologías, abuso, coerción y falta de respeto; entre estas tipologías se encuentran diferentes procedimientos como la cirugía forzada, procedimientos médicos no consentidos, violación, restricción física, burlas, humillaciones, coerción por intervención judicial, por intervención de autoridades de bienestar infantil o por negación de tratamiento, manipulación de información o presión emocional, gritos y omisión de sus inquietudes o solicitudes.

En la sentencia T-344 de 2022, refiere que, si bien el embarazo no es atendido como una urgencia en los centro de salud, en algunos casos la atención por urgencias puede incluir la prestación de servicios de asistencia relacionados con el embarazo de las mujeres, comprendida en controles prenatales y la asistencia del parto sin barreras de acceso independientemente de la nacionalidad, con esto exponen que se debe garantizar la vinculación y atención de las gestantes al sistema de salud, con el fin de garantizar los derechos fundamentales.

Frente a la sentencia T-198 de 2023, es importante resaltar que mencionan a las mujeres embarazadas como sujetos de especial protección constitucional, y expresan que La Corte Constitucional sostiene el termino de violencia obstétrica, en línea con lo sostenido por la Organización Mundial de la Salud, como una forma de violencia contra las mujeres que consiste en todos los maltratos y abusos de los que son víctimas cuando acuden a los servicios de salud reproductiva. A su vez, refieren el término de la Academia Nacional de Medicina, el cual involucra cualquier acto, omisión o negación por parte del personal de salud, que viole los principios rectores del derecho fundamental a la salud o a la dignidad humana durante el embarazo, el parto, el puerperio o la lactancia.

En esta sentencia, también citan a La Comisión Interamericana de Derechos Humanos-CIDH, quienes se han pronunciado señalando que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto.

Así mismo, en la T-198 de 2023, tras analizar el caso en particular, ordena al Hospital San Juan de Dios de Cartago Valle diseñar un plan de formación preventivo de la violencia obstétrica para los profesionales de la salud que prestan sus servicios profesionales, con el fin de procurar la efectiva protección de los derechos de las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductivo, así como también, a realizar una investigación frente al comportamiento de los profesionales involucrados en la atención de la persona afectada; esto en el contexto colombiano es clave para el reconocimiento y visibilización de la violencia obstétrica en el ámbito jurídico e institucional.

Para finalizar, es importante mencionar la Resolución 3280 de 02 de agosto de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social que adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, para este caso en particular, la Ruta Integral de Atención para la población Materno- Perinatal, donde se establecen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad de la atención en salud, así como, el derecho a la mujer a decidir la posición del parto, a ofrecer los medios eficaces para el control del dolor, la restricción de tactos vaginales y el derecho a tener contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido.

Todo este marco jurídico se hace necesario en la presente investigación para contrastar la jurisprudencia y normatividad vigente con la realidad de las mujeres de la localidad de Suba frente a su experiencia de parto, con el fin de realizar una conclusión para futuros trabajos de investigación.

### IX. Resultados:

El cuestionario se aplicó a 15 mujeres, conforme a los criterios expuestos en la metodología de este trabajo. En cuanto a su caracterización sociodemográfica de las encuestadas, los resultados arrojan que, el 6% de las participantes tenían entre 20 a 25 años, 87% de 26 a 35, y un 7% eran mayores de 36 años. Respecto al nivel educativo, el 40% cursó un nivel técnico, un 27% cursó bachillerato, un 13% tiene un título universitario, un 7% cursó primaria y un 6% estudios de posgrado. De la información sociodemográfica, es de resaltar que el 93% de las informantes refirió tener nacionalidad colombiana y un 7% nacionalidad extranjera. Con respecto a la ubicación, el 100% manifestó vivir en la localidad de Suba, el 40% en estrato 2, el 33% en estrato 3 y 27% en estrato 1. Con relación a la ocupación, la mayoría manifestó ser empleada, seguida de ama de casa y en menos proporción independiente. Frente al régimen de afiliación a salud, el 53% de las participantes pertenecen al régimen contributivo, el 40% al régimen subsidiado y el 7% refieren no tener ningún tipo de afiliación a salud. El 47% cuenta con afiliación a Sisben y el 87% refieren no contar con medicina prepagada o plan complementario.

Posteriormente, se analiza el embarazo, trabajo de parto y parto, con el fin de conocer la percepción de las mujeres frente a su experiencia, donde se encuentra que el 75% de las participantes manifestaron lograr el acceso durante su embarazo a citas de medicina general, citas con especialistas, toma de laboratorios, atención en urgencias, entrega de medicamentos y toma de ecografías, mientras el 15% que no logró acceso a algún servicio refiere que una ecografía por trimestre es insuficiente para conocer el estado de salud del bebé y afirma encontrar barreras de acceso a afiliación al régimen de salud, en contra vía al derecho a ser ingresada al sistema de salud y a ser atendida sin barreras administrativas.

Frente al derecho a participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto, se encuentra que el 60% de las participantes no asistieron por diferentes motivos como, la falta de información por parte de la institución prestadora de servicios de salud, motivos laborales y decisión propia al considerarlo innecesario. Por otro lado, el 40% de mujeres que asistieron informan encontrar utilidad en el curso y mencionan que los temas más relevantes de esta formación son los cambios fisiológicos en el cuerpo de la

mujer, la nutrición, el parto, el cuidado del recién nacido y la lactancia materna, así como, resaltan la amabilidad del personal que guió el espacio.

Durante esta etapa del ciclo vital, todas las mujeres tienen derecho a ser informadas sobre sus derechos, procedimientos de preparación fisiológica y psicológicas para el trabajo de parto, parto y posparto, con información clara y actualizada, para lo cual, el 53% de las mujeres informan que recibieron alguna charla o capacitación centrada en el parto por el personal médico (psicóloga, médico general, enfermera jefe, ginecóloga, obstetra), donde se les permitió hacer preguntas y se abordaron temas frente al proceso de parto, la salud del bebé y la manera de respirar y pujar.

Dentro del parto humanizado y respetado se contemplan algunas prácticas como la ingesta de alimentos líquidos, movimiento corporal con libertad, uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos, pujo de acuerdo con la necesidad fisiológica, para lo cual, se encuentra que del 73% de las participantes que tuvieron parto vaginal, refieren de manera negativa que el no poder consumir alimentos y el no escoger su postura corporal, frente a prácticas con una experiencia positiva como tener la opción de estar acompañada, tener contacto piel con piel con el recién nacido, acceso a medicamentos para el dolor y dirigir su proceso de parto, con un tiempo promedio de 8,5 horas en este proceso. Adicionalmente, es importante mencionar que el 33% tuvieron rompimiento de membranas por parte del personal médico, un 50% tuvieron suministro de oxitocina para acelerar el parto y un 17% necesitaron uso de fórceps o episiotomía, siendo estas, según Mora et al. (2023), algunas de las prácticas más nocivas de la violencia obstétrica.

Por otro lado, se contempla el derecho a recibir una cesárea humanizada, cuando se agotó el recurso del parto fisiológico humanizado o esta sea solicitada de manera libre por la mujer. En esta investigación el porcentaje de mujeres que tuvieron su parto por cesárea es del 27%, donde todas manifiestan haber sido informadas de manera previa de este procedimiento y recomiendan que la institución prestadora de servicios de salud cumpla con los horarios estipulados para la intervención.

La Ley también estipula el derecho a que la mujer, su cónyuge y su familia, si ella lo desea, sea informada sobre la evolución de su trabajo de parto y parto, así como el estado se

salud del feto y del recién nacido, para lo cual, la mayoría de las mujeres refieren que estuvieron informadas del avance de su proceso de parto y del estado de salud de su bebe durante su proceso de parto, así como también su familia. El \_\_\_% califican la comunicación con el personal médico de manera positiva, frente a un 13% que la califica de regular y deficiente. Dentro de este proceso tan íntimo las mujeres mencionan sentir nervios, inquietud, miedo, incomodidad, felicidad, tranquilidad, cada una a partir de su experiencia.

Entre las obligaciones de los actores del sistema de salud, se menciona que las EPS deben garantizar a las mujeres pertenecientes al Sisben con categoría entre A1- A5 dotación básica de alimentos e higiene para el recién nacido durante al menos 30 días posteriores al nacimiento, para lo cual, cuatro participantes de la investigación cumplen con el perfil y manifiestan haber recibido la prestación en mención.

Es claro que el centro de esta investigación son las mujeres en estado de embarazo, parto y posparto, por tal razón, es importante dar voz a sus vivencias y partir de su experiencia para conocer cuáles serían las recomendaciones que le harían a otras mujeres que transitaran por este momento del ciclo vital; por lo cual, las participantes reconocen la importancia de estar tranquilas, hidratarse, mantener una alimentación balanceada, realizar ejercicio, conocer ejercicios de respiración, disfrutar el proceso y destacan la necesidad de estar informadas frente a su salud, la salud del bebé y sus derechos.

Con todo lo anterior, es indispensable partir del concepto de violencia obstétrica, comprendida como una situación de violencia que se deriva del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, donde se evidencian tratos deshumanizados, abusivos y medicalizados, a su vez, se asume la postura de Jojoa et al. (2019) que divide la violencia obstétrica en cuatro categorías, violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual en contraste con la actual Ley 2244 de 2022 “parto digno, respetado y humanizado” donde se establecen los derechos de la madre, del recién nacido, así como, las obligaciones de los actores del sistema de salud.

Delimitar las experiencias de las mujeres dentro de una categoría de violencia obstétrica resulta insuficiente, puesto que en su complejidad están interconectadas, razón por la cual, es necesario mencionar las practicas violentas a las que están expuestas las mujeres en

los entornos institucionales. El instrumento arroja que un 27% de participantes refieren haber tenido más de 4 tactos dentro de su proceso de parto, así como un mayor porcentaje de mujeres no pudieron escoger su posición corporal y se sometieron a la posición supina, clásica de la medicina hegemónica y tecnocrática.

Frente al derecho a la información enmarcado en la violencia institucional y psicológica, se encuentra que un 47 % de las mujeres refieren no haber recibido alguna charla o capacitación centrada en el parto y se evidencia un absentismo del 60% en el curso psicoprofiláctico, siendo este un espacio de preparación para la gestación, trabajo de parto, posparto y lactancia materna de alta calidad y profundidad, frente a esto una participante refiere: “los cursos psicoprofilácticos no sea solo ver una pantalla si no más vivenciales, realizar los ejercicios, el alistamiento de los elementos sean claros , el cambio del pañal para las madres primerizas y las posturas de lactancia materna”.

Si bien dentro de los resultados la experiencia del proceso de parto y la comunicación con el personal médico tiene un puntaje positivo, se encuentra un comentario que es un claro ejemplo de la violencia obstétrica en toda su extensión, pues abarca al menos tres categorías: la institucional, la psicológica y la simbólica. La participante refiere: “sentí el dolor, las contracciones fuertes, los enfermeros pusieron música duro para no escucharme, pero me atendían y me dijeron ‘le quedaron más ganas de parir mijita’”. De todas las categorías. la simbólica es la que representa un reto mayor para su identificación y así mismo, para la legislación, pues surge de la dominación en las relaciones e interiorización de las relaciones jerárquicas, lo cual está inmerso en toda nuestra estructura social.

La última categoría es la violencia sexual, para lo cual, es importante resaltar que una participante menciona haber sufrido insinuaciones o comentarios que le generaron incomodidad por parte del personal médico, pero no brinda más información al respecto.

## **X. Conclusiones:**

La presente investigación ha conllevado grandes retos a nivel personal por diferentes motivos, desde el inicio con la revisión de la literatura es evidente que es un tema del que se habla poco en comparación con otros, como el aborto o la adopción. Es importante resaltar las voces de todas las personas que día a día investigan y ayudan a construir conocimiento para que la violencia obstétrica no continúe en la invisibilidad, en algo que muchas mujeres padecemos y ni siquiera somos conscientes de ello.

Entre más personas se interesen por el tema, mas se hablará, se construirá y se podrá avanzar frente a la construcción de un entorno más amigable para todas las mujeres que decidan vivir esta etapa del ciclo vital en sus vidas; ¿cuántos de los relatos de las mujeres de nuestra familia frente al parto son positivos? ¿cuántos son negativos?, esto sería un buen punto de partida para saber si este tipo de violencia nos ha tocado de alguna manera.

La mayoría de trabajos de investigación pretenden conocer si las mujeres que han sido madres han experimentado algún tipo de violencia obstétrica, con el fin de documentar las clasificaciones más comunes dentro del entorno institucional, así como, trabajar por visibilizar este término, cuando se pone sobre la mesa se le da poder y espacio, en un sistema que lleva mucho tiempo tratando de justificar los malos tratos en las relaciones claramente jerárquicas entre el personal médico y las usuarias de los servicios, donde se deslegitima el conocimiento de la mujer sobre su cuerpo y la persona que decide es quien tiene el conocimiento científico.

Es importante resaltar que a nivel nacional se encuentran diferentes investigaciones que contienen datos bastante significativos para el abordaje de este tema tan apasionante, estos procesos académicos se realizan con el fin de entender el fenómeno, pero es claro que son realidades impregnadas de subjetividades, donde las inequidades estructurales permean las experiencias, la raza, la pertenencia étnica, el estrato social, el poder económico, lugar de vivienda. Si bien el sistema de salud está en el deber de garantizar un parto en condiciones dignas y en equidad, la realidad es un poco diferente, pues todas estas características que rodean a las mujeres pueden influir en la calidad y acceso a los servicios.

Pero, así como se resalta el papel de los investigadores, también es importante mencionar que se encuentran diferentes barreras de acceso a la información, se consultan diferentes organizaciones importantes en el ámbito de la violencia obstétrica, como lo son los diferentes observatorios de violencia obstétrica de Argentina, de Chile y de Colombia, quienes abanderan la investigación de esta violencia y brindan apoyo a mujeres que han sido víctimas, pero solo se obtiene respuesta del observatorio de Chile, después de varios correos de solicitud.

Así también, se consulta con la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG, donde se obtiene como respuesta que por el número de solicitudes no pueden responder a todas estas; desde la Secretaria de la Mujer de Bogotá D.C. informan que están trabajando en una guía de atención de violencia obstétrica, con el fin de brindar herramientas que permitan trabajar de manera adecuada los casos que se presenten del tema.

Todo esto pone en evidencia barreras de acceso a información clara y oportuna para todas aquellas mujeres que deseen apoyarse en alguna organización en busca de ayuda, para referir sus experiencias y encontrar respuestas; adicional a esto no hay una ruta de atención definida para una mujer que sufre específicamente violencia obstétrica, desde la Secretaria Distrital de Salud refieren la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAS), que establece los lineamientos técnicos y operativos para la atención en salud para la población materno perinatal, la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Ley 2244 de 2022, en la cual la atención se caracteriza por un trato respetuoso y humanizado, en caso contrario, la mujer deberá hacer uso del derecho de petición o activar cualquier mecanismo del derecho que corresponda para hacer la denuncia de dichos tratos.

Por otro lado, el instrumento que permitió recoger datos empíricos para este trabajo es diseñado con dos finalidades, la primera, es el abordaje la violencia obstétrica enmarcada en cuatro categorías desde el referente teórico elegido, que permite el abordaje en contraste con la Ley 2244 de 2022 de parto digno, respetado y humanizado; la segunda ser insumo para otras investigaciones futuras, pensadas a largo plazo con el fin de poder realizar un análisis más extenso del fenómeno. A su vez para esto se recomienda crear espacios seguros para las mujeres que participen, donde puedan expresarse abiertamente, en confianza y así obtener mayor profundidad.

Gracias a los resultados obtenidos del instrumento y de la revisión de la literatura en contraste con la Ley 2244 de 2022, es importante señalar lo siguiente: la Ley colombiana no define la violencia obstétrica, lo cual acentúa la ambigüedad del término, lo que trata de suplir la Corte Constitucional en algunas de sus sentencias, y no menciona en ningún lugar la posibilidad de sufrir violencia sexual en el entorno institucional en la etapa de embarazo, trabajo de parto, parto o posparto; por tal razón, es importante robustecer la ley actual con el fin de velar por la protección de los derechos de las madres y los recién nacidos y garantizar el cumplimiento por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud.

A su vez, en los resultados se aprecian prácticas positivas frente a un proceso de atención digno, respetuoso y humanizado, como el permitir ingerir alimentos, decidir la postura corporal para parir, la decisión del momento de pujar; pero es preocupante la tasa tan alta de mujeres que no asisten al curso psicoprofiláctico, por esto, es importante que las instituciones prestadoras de servicios de salud difundan de manera oportuna el espacio, y además que garanticen que este cuente con información clara, veraz y actualizada con enfoque diferencial, teniendo en cuenta el pluralismo cultural de nuestra sociedad, donde no se omite información de manera deliberada, entendiendo esto como un tipo de violencia.

Es importante que la violencia obstétrica sea reconocida dentro del entorno académico pensando en todas las prácticas violentas que se perpetúan desde la enseñanza de la medicina occidental, como los tactos vaginales, la postura supina, la oxitocina, la maniobra de Kristeller, entre otras, que impactan de manera negativa la experiencia del parto y pueden tener repercusiones en el recién nacido; ver el parto como un proceso fisiológico y natural, no como una enfermedad cambiaría la perspectiva de la atención.

Por todo lo anterior, se hace un llamado a velar por la garantía de los derechos de las mujeres, desde todos los espacios que ocupan: el Estado como principal garante de derechos por medio de sus entidades estatales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las organizaciones sociales y de mujeres, cada uno desde los espacios donde habitan, con el fin de hacer del embarazo, parto y posparto un entorno cálido, amable y seguro en igualdad de condiciones para todas las mujeres que decidan vivir esta etapa del ciclo vital.

**XI. Referencias:**

- Abdala, L. (2021). "Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi". La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21203.a>
- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34 (1), 104-111. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es)
- Barria, C. S., & Rivera, L. (2016). Salud y género: una mirada sobre la violencia obstétrica. *Revista Diálogos*; 5(1): 97-103. <http://hdl.handle.net/11336/46132>
- Borges, L., Sánchez, R., Peñalver, A., & González, A. (2023). Violencia hacia la mujer durante el parto: ¿realidad desconocida o naturalizada? *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 46(3), e598. <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/78>
- Cárdenas, M., Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panam Salud Publica*. 2022;46: e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Cifre, R. L., Pérez, V. F., & Álvarez, X. C. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 167-184. <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886>
- Congreso de la Republica. (04 de diciembre de 2008). Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley\\_1257\\_de\\_2008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_1257_de_2008.pdf)

Congreso de la Republica. (11 de julio de 2022). Ley 1244 de 2022. Ley de parto digno, respetado y humanizado.

[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=189347](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=189347)

Corte Constitucional. (01 de Junio de 2023). Sentencia T-198. Derecho a la salud, a la dignidad humana y a la integridad física – vulneración por violencia obstétrica.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2023/T-198-23.htm>

Corte Constitucional. (05 de octubre de 2022). Sentencia T-344- Derecho a la salud durante el embarazo-acceso a atención médica prenatal a pesar de situación de migratoria irregular.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t-344-22.htm>

Corte Constitucional. (16 de febrero de 2022). Sentencia SU-048- acción de tutela contra providencias judiciales en medio de control reparación directa-vulneración del debido proceso por defecto fáctico en la valoración de la falla en el servicio médico.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm>

Corte Constitucional. (19 de octubre de 2021). Sentencia T-357- acción de tutela contra providencias judiciales-improcedencia por no configurarse defecto fáctico en proceso de responsabilidad médica en materia civil. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-357-21.htm>

Farías, C., & Magnone, N. (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. *Musas*, 7(2), 62–80.

<https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num2.4>

Gallegos, F. (2018). Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. *Revista Némesis*, (14), 88-111. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RN/article/view/65909>

Gleason, E., Molina, D., López, J., Mejía, C. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*. 2021;17: e3727. Doi: 10.18294/sc.2021.3727.

- Goberna, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *Musas. Revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, 4(2), 26-36. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num2.2
- Gonzalez, M. (2020). Sensación y percepción Goldstein 6ta edición. *Ucm*.  
[https://www.academia.edu/44378334/46edalyc46n\\_y\\_percepcion\\_goldstein\\_6ta\\_edici%C3%B3n](https://www.academia.edu/44378334/46edalyc46n_y_percepcion_goldstein_6ta_edici%C3%B3n)
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación (cuarta edición)*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2022). Informe de mortalidad materna. Instituto Nacional de Salud [INS]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%202022.pdf>
- Iparraguirre, M., Mendoza, J., Condor-Privat, M., & Muñoz, R. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: A propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros. revista Revista de ciencias humanas, teoría social y pensamiento crítico*, 17(Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt), 411-423. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
- Jaramillo, C., & Canaval, G. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Univ. Salud*. 2020; 22(2):178-185. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>
- Jerez, C. (2022). Darle voz a la violencia más silenciada. Experiencias de sufrimiento de activistas críticas de la violencia obstétrica en Buenos Aires. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), 1–17. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.991>
- Jojoa, E., Cuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Campo, A., & Suarez, J. (2019). Violencia obstétrica: hacer visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51 (2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- La Parra, D. & Tortosa, J. (2003). *Violencia estructural: una ilustración del concepto*. *Dialnet*.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=801245>

Lafaurie, M., Rubio, D., Perdomo, A. & Cañón, A. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Gerencia y Políticas de Salud*.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría “género”. *Nueva antropología*, VIII (30), 173–198. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>

Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. *Aloma*. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/96984>

Martínez, Q. & Ávila C. (2019) *Significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología de Colombia*. [Trabajo de grado de maestría]. Universidad el Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/d378dfc1-a7a7-4b1f-ae86-305b84f124da/content>

Mazuera, P. (2020). Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2). <https://doi.org/10.15332/19090528.6783>

Medina, C. (2023). ¿Existe la violencia obstétrica? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 12(1). <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i1.960>

Melva Iparraguirre-Meza, Jenny Mendoza-Vilcahuaman, Mildred Hilda Córdor-Privat, & Rossibel Juana Muñoz-de la Torre. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros*, 17. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>

Mendoza, V. (2021). Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstetricia de un hospital público en México. *Maguaré*, 35(1), 179–208. <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96670>

Monroy Muñoz, S. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. [Trabajo de grado de maestría]. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10618>

Mora, B., Posada, M., Garzón, L., Bermúdez, T., Montoya, D., & Vélez, V. (2023). La violencia obstétrica durante la atención médica desde una revisión de la literatura científica. *Revista Cubana de*

*Obstetricia y Ginecología.*

<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/1196/762>

Murrieta, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1), 59-76. DOI: 10.1344/musas2021.vol6.num1.

Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 18, 89–96.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>

Penalva, C. & La Parra, D. (2008). Comunicación de masas y violencia estructural. *Convergencia*, 15 (46); 17-50. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352008000100003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100003)

Pereira, D., Herdy, V., Cardoso, C., Gomes, B., Vidal, A., Dias, S., & Tavares, A. (2023). Los significados de la violencia obstétrica en el proceso de parto y nacimiento. *Revista Cubana de Enfermería*, 39. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192023000100028&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192023000100028&script=sci_arttext)

Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. *Revista Género & Direito*, 7(1), 20-46. DOI: 10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974

Ramírez, S., Hernández, M. y Ceballos, G. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3):149-155. Doi:10.35366/101680.

Resolución 3280 de 2018. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. 02 de Agosto de 2018.

Ruiz, E., & Pérez, M. (2007). Violencia de género: reflexiones conceptuales, derivaciones prácticas. *Papers. Revista de sociología*, 86, 189-201.

<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v86n0.817>

Secretaria de Integración Social [SDIS]. (2023). Diagnostico Local Suba. Secretaria de Integración Social [SDIS].

[https://www.integracionsocial.gov.co/images/\\_docs/2023/entidad/localidades/30082023-11-Diagnostico-Suba-2022.pdf](https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2023/entidad/localidades/30082023-11-Diagnostico-Suba-2022.pdf)

Tamayo, J., Restrepo, C., Gil, L. y Gonzales, A. (2015). Obstetric violence and abortion: Contributions to the debate in Colombia. Grupo Médico por el Derecho a

Decidir. [https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Obstetric-Violence\\_and\\_Abortion\\_EN-final-1.pdf](https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Obstetric-Violence_and_Abortion_EN-final-1.pdf)

Ulloa, J., Acosta, Liset, Sandoval, Bernarda y Villar, Javiera. (2022). Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile. *Revista de Salud*

*Pública*, 24 (2), 1. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.98604>

Vallana, V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17, (128-144).

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

Vallana, V. (2022). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. [Trabajo de grado de maestría]. Pontifica

Universidad Javeriana de Bogotá. <http://hdl.handle.net/10554/19135>.

Vázquez, C., & Vega, B. (2022). DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS EN MÉXICO: UN ENFOQUE BASADO EN LA ESCRITURA

AUTOBIOGRÁFICA. *Revista Direito E Sexualidade*, 3(1), 31–58.

<https://doi.org/10.9771/revdirsex.v3i1.49504>

World Health Organization: WHO. (2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*.

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

Young, I. (1990). Las cinco caras de la opresión. *La justicia y la política de la diferencia*. (pp.71-113) Ediciones Catedra.

**Anexo 1**

Cuestionario realizado en google forms

Enlace de acceso: <https://forms.office.com/r/kJmMc67SvV?origin=lpLink>

**Cuestionario de investigación- UN PARTO PARA RELATAR**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de maestría. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el propósito de la investigación y su valiosa contribución dentro de la misma:

**A.** La investigación consiste en conocer y analizar la percepción de la atención médica del embarazo y el proceso de parto de mujeres residentes de la localidad de Suba, para posteriormente realizar un contraste con los estudios de violencia obstétrica y, con esto, presentar unas conclusiones y recomendaciones a las futuras madres, personal de salud y sistema de salud colombiano. La investigación se realiza dentro del marco de trabajo de grado para la maestría de ciudadanía y derechos humanos de la universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Dicho estudio está motivado por una experiencia personal y el desconocimiento de haber sido víctima de una violencia hasta llegar a este escenario académico.

**B.** Su participación consiste en contestar a un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, donde se obtendrán datos socioeconómicos e información acerca de su proceso de gestación y parto. Los datos que se obtengan dentro del cuestionario se utilizarán con fines académicos, sin ánimo de lucro.

Después de conocer la información lo anterior, manifiesto que he leído el propósito de la investigación, **sé que mi nombre se mantendrá en completa reserva** y por tal razón, voluntariamente doy el consentimiento para participar en el estudio guiado por Daniela Betancourt González sobre “¿Un parto para relatar? Análisis de las experiencias de un grupo de mujeres en la localidad de Suba”. Por tal motivo le permito el uso de mis datos socioeconómicos y la síntesis de mi experiencia única y exclusivamente con fines académicos.

**Consentimiento informado**

Doy mi consentimiento de participación Si- No

A su vez, deseo que a través de correo electrónico me sea enviado el resultado de la investigación Si – No

## INSTRUMENTO

### Embarazo y parto

**1.** Durante su embarazo, ¿tuvo acceso a alguno de los siguientes servicios del sistema de salud?

Agendar citas de control (medicina general, enfermería) si – no

Agendar cita con algún especialista si – no

Recibir atención de medicina general o enfermería si – no

Realizar exámenes de laboratorio si – no

Adelantar toma de ecografías si – no

Recibir medicamentos si – no

Atención en urgencias si – no

**1.1.** En caso de no haber accedido a algún servicio de los mencionados del sistema de salud, ¿Cuál fue la razón?

**2.** ¿Participó en el curso psicoprofiláctico? Entendido como un curso donde se enseñan las bases teóricas, físicas y emocionales para el proceso de embarazo, el parto y la llegada del recién nacido para mamá y papá

**2.1.** En el curso usted aprendió acerca de:

El proceso fisiológico de la gestación, el nacimiento y el posparto de la madre

Los riesgos durante el embarazo

La sexualidad durante el embarazo

El desarrollo embrionario y fetal

El trabajo de parto

El posparto

El recién nacido

La lactancia materna

¿Aprendió sobre algún otro tema? ¿Cuál?

- 2.2. ¿Cuáles fueron los temas más útiles para usted del curso psicoprofiláctico? ¿por qué?
- 2.3. ¿Los contenidos del curso le resultaron útiles en su proceso de embarazo, parto y posparto?
- 2.4. ¿La persona que guio el curso fue amable?
- 2.5. ¿Cómo calificaría las instalaciones donde realizo el curso? Recuerde que una estrella es la calificación más baja y 5 estrellas la más alta.
- 2.6. El tiempo total de desarrollo del curso fue: Excesivo- Suficiente- Insuficiente
- 2.7. En caso de no participar en el curso psicoprofiláctico ¿Cuáles fueron las razones para no hacerlo?
3. Durante su embarazo, ¿usted recibió alguna charla informativa o capacitación frente al parto por parte del personal médico? Si - No
  - 3.1. Si su respuesta es afirmativa ¿Quién le brindo la información?
  - 3.2. ¿En qué momento de su embarazo?
  - 3.3. ¿Le permitieron hacer preguntas y/o consultas referidas al proceso de parto?
  - 3.4. ¿Nos podría contar que recuerda de esa charla informativa o capacitación?
4. ¿Conocía previamente al doctor o doctora que atendería su parto? Sí- No
5. ¿Su parto fue vaginal o por cesárea? Vaginal – Por cesárea  
Si fue vaginal pase a la pregunta 6
  - 5.1. En caso de haber sido por cesárea, ¿ésta fue planificada?
  - 5.2. Si la cesárea no fue planificada, ¿Usted fue informada de los motivos por los cuales debió ser intervenida en el centro de salud?
6. En caso de haber sido un parto vaginal, durante el trabajo de parto se le permitió:  
Consumir alimentos Sí - No  
Elegir su postura corporal Sí - No  
Estar acompañada por alguien de su elección Sí - No  
Acceder a medicamentos para el dolor Sí - No  
Dirigir el proceso de pujar Sí - No  
Tener contacto piel con piel son su bebe en el momento después del nacimiento Sí – No
7. ¿Cuántas horas duró en trabajo de parto?

- 8.** ¿Los tactos vaginales que se le practicaron fueron hechos por el mismo doctor o doctora que atendía su parto? Entendiendo por tacto vaginal una técnica diagnóstica de la medicina utilizada durante el parto para conocer la dilatación del cuello uterino. Sí – No
- 8.1.** ¿Usted recuerda alrededor de cuantos tactos vaginales le realizaron durante el trabajo de parto?    entre 1 y 3    entre 4 y 6    más de 6
- 9.** ¿Usted rompió fuente de manera natural? Entendiendo esto como la rotura del saco amniótico que contiene líquido amniótico y al bebe
- 10.** ¿Durante su trabajo de parto mantuvo constante comunicación con el personal médico? Sí – No
- 11.** ¿Cómo calificaría la comunicación que usted mantuvo con el personal médico durante su trabajo de parto?
- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente
- 12.** ¿Usted considera que el personal médico le brindo la suficiente confianza para manifestar sus necesidades o dudas durante el trabajo de parto?
- 13.** ¿Usted fue informada del avance de su proceso de parto?
- 14.** Durante su proceso de parto ¿usted estuvo informada del estado de salud de su bebé?
- 15.** Mientras usted se encontraba en el centro de salud en proceso de parto ¿Sus familiares o acompañantes fueron informados de su estado de salud y el de su bebe? Sí - No
- 16.** ¿Le suministraron oxitocina o algún medicamento para acelerar el parto? Sí – No
- 17.** ¿Le realizaron algún procedimiento de emergencia durante el trabajo de parto? entendiend como emergencia que su vida o la de su bebe estuvieran en riesgo durante el trabajo de parto. Sí - No
- 17.1.** En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿sabe su nombre? Si - No
- 17.2.** ¿Nos puede explicar brevemente cuál fue? Sí – No
- 17.3.** ¿Cuál?:
- 18.** Durante su trabajo de parto, ¿el personal médico uso fórceps? Entendiendo fórceps como un instrumento obstétrico en forma de tenazas. Sí – No

**19.** Durante su trabajo de parto, ¿le realizaron una episiotomía? Entendiendo episiotomía como un procedimiento quirúrgico donde el medico (a) realiza con un bisturí o tijeras un corte de 1 a 3 cm desde la vulva hasta el ano para agrandar el canal vaginal. Sí – No

**20.** ¿Cómo calificaría las instalaciones donde tuvo su parto? Recuerde que una estrella es el puntaje más bajo y 5 estrellas el más alto.

**21.** Evalué de 1 a 5, donde uno es el más bajo y 5 el más alto, la amabilidad y disposición del personal médico que tuvo alguna intervención dentro de su trabajo de parto

Medico(a) obstetra

Enfermeros (as)

Anestesista

Otro integrante del personal médico

**22.** ¿Nos podría describir en sus palabras como se sintió durante su proceso de parto?

**23.** ¿Durante la atención del embarazo o el proceso de parto recibió insinuaciones, comentarios u otra conducta de connotación sexual que le generara incomodidad o considerara violencia sexual por parte del personal médico?

**23.1.** En caso de ser positiva la respuesta, ¿puede contarnos brevemente la experiencia?

**24.** ¿Recibió dotación básica de alimentos e higiene para el recién nacido por parte de la EPS durante los 30 días siguiente al parto? Sí - No

**25.** Si pudiera mejorar algo de su experiencia de parto, ¿qué cambiaría?

**26.** ¿Le gustaría hacer alguna recomendación a las futuras madres acerca de la preparación y desarrollo del proceso de parto?

**27.** ¿Quisiera comentar o aportar algo adicional sobre este tema de lo que no hayamos hablado hasta el momento?

### **Características sociodemográficas**

Fecha de nacimiento:

Localidad:

Barrio de residencia:

Estrato:

Ocupación:

Nivel de estudios: Básica primaria \_\_\_\_ Básica secundaria \_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_ Tecnólogo \_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_

Nacionalidad: colombiana \_\_\_\_ Extranjera \_\_\_\_ Ambas: \_\_\_\_

Régimen de salud: Contributivo: \_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_

Complementario o prepagada:

¿Cuántas personas conforman su núcleo familiar?

¿Cuántas personas están bajo su cargo?

Afiliación a Sisben: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplica:

En caso de ser así, cuál es su puntaje: \_\_\_\_

Fecha de parto:

Correo electrónico:

### Figura 1

Formato de cuestionario de investigación – Un parto para relatar

**Cuestionario de investigación- UN PARTO PARA RELATAR**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de maestría. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el propósito de la investigación y su valiosa contribución dentro de la misma:

**A.** La investigación consiste en conocer y analizar la percepción de la atención médica del embarazo y el proceso de parto de mujeres residentes de la localidad de Sibba, para posteriormente realizar un contraste con los estudios de violencia obstétrica y, con esto, presentar unas conclusiones y recomendaciones a las futuras madres, personal de salud y sistema de salud colombiano. La investigación se realiza dentro del marco de trabajo de grado para la maestría de ciudadanía y derechos humanos de la universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Dicho estudio está motivado por una experiencia personal y el desconocimiento de haber sido víctima de una violencia hasta llegar a este escenario académico.

**B.** Su participación consiste en contestar a un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, donde se obtendrán datos socioeconómicos e información acerca de su proceso de gestación y parto. Los datos que se obtengan dentro del cuestionario se utilizarán con fines académicos, sin ánimo de lucro.

Después de conocer la información lo anterior, manifiesto que he leído el propósito de la investigación, sé que mi nombre se mantendrá en completa reserva y por tal razón, voluntariamente doy el consentimiento para participar en el estudio guiado por Daniela Betancourt González sobre "Un parto para relatar" análisis de las experiencias de un grupo de mujeres en la localidad de Sibba". Por tal motivo le permito el uso de mis datos socioeconómicos y la síntesis de mi experiencia única y exclusivamente con fines académicos.

\* Obligatorio

**Consentimiento informado**

1. Doy mi consentimiento de participación \*

Sí

No

2. A su vez, deseo que a través de correo electrónico me sea enviado el resultado de la investigación \*

Sí

No

Siguiente

**Nota:** fuente elaboración propia