

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI, POPAYÁN,
2016.**

ESTUDIANTES INVESTIGADORES:

**YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ
JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO
MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA
ADRIANA MARIA PAJA CAMPO
JUAN PABLO SUAREZ BRAVO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2016**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI, POPAYÁN,
2016.**

INVESTIGADORA PRINCIPAL

ENF. ELISA JOJOA TOBAR

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

POPAYÁN

2016

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	8
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
4. JUSTIFICACIÓN.	14
5. OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL:	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	17
6. MARCO REFERENCIAL	18
CONCEPTOS RELACIONADOS CON VOLENCIA OBSTETRICA	18
VIOLENCIA OBSTETRICA	18
DESINFORMACIÓN	19
ABUSO DE MEDICALIZACIÓN	20
VIOLENCIA FÍSICA	20
VIOLENCIA VERBAL	21
PATOLOGIZACIÓN DEL PROCESO NATURAL DEL PARTO	22
VIOLENCIA INSTITUCIONAL	23
HABITUS MEDICO	23
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	24
DERECHO A LA SALUD	25
DERECHO A LA INFORMACIÓN	26
DERECHO DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA	27
DERECHO A LA VIDA PRIVADA	28
DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	29
PARTO HUMANIZADO	30
PARTO RESPETADO	31
CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO	31

VIVENCIAS EMOCIONALES DE LA MUJER YSU FAMILIA EN EL PROCESO DE PARTO Y POSPARTO	32
7. MARCO HISTORICO	33
CAJA DE HERRAMIENTAS PARTERIA.....	33
APORTE LAS PARTERAS EN LA OBSTETRICIA.	34
MESA GINECOLOGICA.	36
PROCESOS DE REHIBINDICACION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER.....	38
PARTO INSTITUCIONAL.....	40
PROCESOS DE REHIBINDICACION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER.....	42
8. ASPECTOS LEGALES	45
INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER BEIJING, 4 A 15 DE SEPTIEMBRE DE 1995.....	45
OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	48
CONFERENCIAS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS DE LA MUJER.....	49
DESARROLLO NORMATIVO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO	53
CONTEXTO ARGENTINA	53
CONTEXTO MEXICANO	55
CONTEXTO VENEZOLANO	57
CONTEXTO COLOMBIANO	60
PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021	60
POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	61
NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN DEL PARTO	61
Resolución 13437 de 1991	62
Ley 1257 DE 2008	63
Resolución 1441 de 2013	63
Ley 911 DE 2004.....	64
9. ESTADO DEL ARTE	65
10. METODOLOGÍA.....	66
TIPO DE ESTUDIO.....	66

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	66
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	66
POBLACION DE ESTUDIO	66
INSTRUMENTOS	66
TÉCNICAS	67
Grabación en audio:.....	67
Entrevista a profundidad	67
Grupo focal:	67
Observación de lenguaje no verbal.....	67
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	68
ENTRADA AL CAMPO.	68
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	69
RESULTADOS ESPERADOS:.....	69
11. VARIABLES	72
12. INSTRUMENTO.....	84
13. CONSIDERACIONES ETICAS	88
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91
14,PRESUPUESTO	105
15. CRONOGRAMA.....	106
16. CATEGORIAS DE INFORMACION DE INFORMANTES CULTURALES .	108
17. RESULTADOS	121
18. DISCUSIÓN	142
19. CONCLUSIONES	145
20. REFERENCIAS	147

1. RESUMEN

La violencia obstétrica conjuga dos tipos de violencia: la violencia institucional y la violencia de género definida por el Ministerio de Salud y Protección Social como aquella **buscar la definición que corresponda**

“que ejerce el personal y el sistema de salud en las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y posparto, que involucra violencia verbal, psicológica, estructural y simbólica” **Buscar la referencia que le corresponda**.... y constituye una clara violación a los derechos humanos de las mujeres y de sus derechos sexuales y reproductivos. Este tipo de violencia ha sido invisibilizado por factores asociados a los patrones patriarcales en la sociedad y por las relaciones inequitativas y de subordinación que emergen en la relación médico – paciente desde el modelo médico hegemónico.

Objetivo: Caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán. *Método:* se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. La población de estudio estuvo conformada por 16 madres que tuvieron su hijo menor en los últimos dos años. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista estructurada y a profundidad.

Resultados: El 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. Las modalidades de violencia obstétrica identificadas en este estudio incluyen: Violencia institucional, psicológica y simbólica. Esta investigación identificó con preocupación a la violencia sexual como una modalidad emergente en los estudios sobre violencia obstétrica. *Conclusiones:* La mayoría de los relatos dan cuenta de violencia psicológica e institucional; sin embargo la violencia simbólica dificulta la identificación por las mujeres, de hechos constitutivos de violencia obstétrica por la naturalización de la misma en el marco de los procesos de atención. Los profesionales de enfermería deben reconocer en su formación y en los campos de práctica los

distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición.

Conclusiones: La mayoría de los relatos dan cuenta de violencia psicológica e institucional; sin embargo la violencia simbólica dificulta la identificación por las mujeres, de hechos constitutivos de violencia obstétrica por la naturalización de la misma en el marco de los procesos de atención. Los profesionales de enfermería deben reconocer en su formación y en los campos de práctica los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición.

Palabras claves: violencia obstétrica; violencia institucional; parto; derechos sexuales y reproductivos:

2. INTRODUCCIÓN

El parto es considerado el momento culminante de meses de espera para la madre, el saber que pronto conocerá al nuevo integrante de la familia, llena de emotividad, ansiedad, curiosidad y amor a todo el entorno familiar que lo rodea.

Para la mujer, es uno de los eventos más importantes en su vida; ya cesarán los innumerables pensamientos curiosos de cómo será el niño(a). En este punto, por el contrario, se escuchará un grito de ilusión y tranquilidad para la madre al saber que ya todo terminó y solo resta disfrutar de los primeros momentos en su compañía, el tenerlo frente a ella, conociendo todo su ser, detallando cada rasgo y cada gesto que viene de sus primeros reflejos, generando de forma innata el vínculo de madre e hijo.

Sin embargo, se puede convertir en uno de los momentos de mayor tensión en la vida de la madre, el pasar por dolores intensos, horas de esfuerzos y agotamiento físico y mental, generando ansiedad y desesperación al no tener ningún resultado, desvaneciendo esa concepción romántica que se tenía mientras estaba en gestación.

Pese a los avances que han logrado tener las instituciones de salud, en aspectos como: personal asistencial altamente capacitado y la tecnología con la que se cuenta para minimiza los riesgos de la gestante, la relación del personal asistencial y paciente se ha deteriorado de manera considerable hasta el punto de ver a la madre como un objeto de trabajo.

Cuando se investiga que tipo de maltrato se produce en los centros de salud en mujeres que están en trabajo de parto y parto, es común que refieran maltrato físico, verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, rechazo a la admisión en centros de salud, negligencia durante el parto derivando a veces en consecuencias potencialmente mortales pero evitables.

El identificar la violencia de género dentro de las practicas institucionales de salud, permite deducir que esta es una problemática inherente e incorporada al quehacer diario de las instituciones hospitalarias, enraizadas dichas prácticas en los saberes médicos hegemónicos como superiores y portadores de por sí, de poder, sin cuestionamiento alguno, masculinizadas, naturalizadas en el ejercicio cotidiano mediante rutinas, actitudes, lenguaje y manejo de este saber, que está legitimado por la institución desde la organización misma de los servicios, las funciones de cuidado, atención e instrucción, y desde las intervenciones y diagnósticos, siendo esto un problema de salud pública y vulneración de derechos humanos.

La necesidad de visibilizar y caracterizar las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica en nuestro contexto permitirá que el profesional de enfermería contribuya en todo el proceso antes, durante y después del parto, a garantizar los derechos de las mujeres y a construir con el equipo de salud estrategias para eliminar todas las formas posibles de violencia en el marco de una experiencia vital para el binomio madre-hijo. Para lograrlo el proyecto de investigación se realizará con en mujeres lactantes que

asisten en los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán, en el segundo periodo del 2016.

Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna. (...) Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé.¹

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente

¹ OMS (2014), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.

Si bien los estudios muestran que la violencia obstétrica existe, y que es previsible que su ejercicio sea muy frecuente, existen dificultades reales para que las mujeres realicen las denuncias. Para empezar, no existe entre las usuarias conciencia de sus derechos en relación con la atención del embarazo, parto, post parto y atención post aborto. Tampoco hay una difusión sostenida de la problemática destinada a empoderar a las mujeres en sus derechos. Las prácticas de violencia obstétrica se encuentran tan naturalizadas entre las mujeres que las viven, que resulta difícil incluso conceptualizarlas como tal.¹

Siendo pocas las instituciones de salud que difundan los derechos de las mujeres, la posibilidad de denunciar las prácticas de violencia obstétrica, además hay que resaltar un componente que dificulta la visibilización de la situación, como es el temor por parte de las mujeres a ser re victimizadas, y someterse a una revisión médica si fuera necesario, el temor de ser penalizadas en la atención misma de su salud si realizan un reclamo durante la atención de sus procesos reproductivos. ¹

Además de los todos los componentes que vulneran los derechos de la mujer presentados anteriormente, las cesarías es un procedimiento que en la actualidad se utiliza de forma injustificada y sin un control pertinente, esto nos lo revela las cifras en la OMS, la cual afirma que en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan

por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por esta organización: entre 10% y 15%. ²

Con lo anterior planteamos la necesidad de caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán con el fin de visibilizar esta problemática, plantear los retos que está plantea para el quehacer enfermero y proponer lineamientos para su intervención en los contextos institucional, territorial y comunitario.

² OMS (2015), *Epidemia de cesarías innecesarias en América Latina*

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se manifestó y vivió la violencia obstétrica en las mujeres que han tenido su último hijo en un periodo menor a 2 años que asisten a Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán?

4.JUSTIFICACIÓN.

La violencia en función del género es uno de los abusos contra los derechos humanos y una manifestación de desigualdad en función de las mujeres, donde estas han sido objeto de vulneración de sus derechos, hecho que ha dado pie a la promulgación de derechos, desde conferencias y tratados en pro de la defensa de los derechos de mujer. Es así, como en 1993 en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada dicho año, se realiza una declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y lo define, como lo “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real, un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” Quevedo 1(P 4) ; en este sentido la violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género, haciendo referencia a la atención médica en los escenarios de los servicios de salud reproductiva, ginecología y obstetricia del ambiente hospitalario, donde las embarazadas están sometidas a atropellos y abusos los cuales sufren con frecuencia en estos espacios durante el proceso de la atención del parto, puerperio.

La atención que se le brinda a la parturienta directamente en la institución por parte de profesionales de salud; estos formados bajo modelos técnicos, ve a la mujer como un objeto de la reproducción humana y no como un sujeto de derecho; el profesional de salud entonces ha adquirido el protagonismo en el ejercicio de su profesión, centrado en las necesidades fisiológicas de la materna durante el parto y el uso de tecnología para la realización de los procedimientos de manera mecánica, dejando de lado la concepción cultural, prácticas y saberes que cada mujer tiene frente a los procesos de

parto y puerperio, siendo la madre la única y principal protagonista de esta experiencia; el poder médico ha jerarquizado el trato Médico/Paciente limitando a la parturienta a responder pasivamente, suponiendo obediencia, conformidad y sumisión ante poderío del profesional de salud, como lo plantea Belli 2(p 4), “la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud dejar ver una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer”

Teniendo en cuenta que a nivel nacional Colombia no tiene una legislación que prevenga y sancione el maltrato dado a las parturientas por parte del personal de salud durante el trabajo de parto, parto y puerperio, en la sala de ginec Obstetricia de las instituciones hospitalarias y clínicas, además que existen pocos estudios que evidencie la práctica de violencia obstétrica a nivel nacional y ninguno a nivel departamental, se considera relevante el desarrollo de esta investigación, permitiendo así visibilizar este tipo de prácticas que vulneran los derechos de la mujer en relación a prácticas concretas en los procesos reproductivos hacia la embarazada en el momento de la atención del parto y posparto por parte de los profesionales de salud y su equipo que laboran en los servicios involucrados con la atención de la parturienta.

Esperamos que el desarrollo de esta investigación permita poner en contexto este fenómeno y aporte para la realización de posteriores estudios, a nivel Departamental y Nacional, en el marco de la vulneración de los derechos de las mujeres gestantes en el los procesos de atención del embarazo, parto y posparto, la forma como dicho tipo de violencia impacta en la vida de las mujeres así mismo como esta problemática plantea retos para el actuar del equipo de salud en el contextos institucional, impulsando a la formulación de planes de acción y estrategias para una atención basada en el respeto

de los derechos de las prácticas reproductivas de la mujer embarazada durante la atención del parto y posparto por parte de la personal de salud en las salas de ginecología de las instituciones hospitalarias.

En consecuencia permite hacer eco de esta problemática permitiendo dar pie a herramientas que permitan reflejar esta conducta oculta y silenciada por la ausencia de regímenes legales, que amparen a la mujer parturienta en ejercicio de hacer cumplir sus derechos, que se respete su autonomía e integridad tanto física como psicológica, recibiendo una atención humana y con calidad, tal como ha sido considerada en el contexto Latinoamericano en países como Argentina, México y Venezuela en donde se ha tipificado como un delito debido a los numerosos casos que se registran.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar las diferentes formas violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir el perfil socio demográfico de la población sujeto de estudio.
- Identificar en los relatos de las mujeres diferentes manifestaciones de violencia obstétrica.
- Describir las diferentes formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Recomendar a los profesionales de enfermería estrategias que permitan garantizar los derechos de las mujeres durante el proceso de atención del trabajo de parto, el parto y el puerperio.

6. MARCO REFERENCIAL

CONCEPTOS RELACIONADOS CON VOLENCIA OBSTETRICA

VIOLENCIA OBSTETRICA

Magnone (2011) refiere que la violencia obstétrica es “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.³ En este mismo sentido Terán (2013) y su grupo de investigación dicen que “consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, con pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.⁴ Sin embargo Hernández y Vera (2012) la definen como “la no observación de los derechos como persona, paciente y la presencia de complicaciones inmediatas inherentes al trabajo de parto o al feto, y que si bien el parto puede llegar a constituirse en una experiencia negativa, su estructura psíquica, gracias a sus mecanismos de defensa, le permite superarlo con más o menos éxito”.⁵ Para la presente investigación se decidió trabajar con la definición de Tamés (2015) donde especifica que “La violencia

³ MAGNONE ALEMÁN NATALIA, (2011) *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*, Uruguay

⁴ DR. TERÁN PABL, (2013) *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias*, Venezuela

⁵ HERNÁNDEZ ROJAS CLAUDIA MARINA, VERA QUINTAL ANA CRISTINA, (2012) *violencia obstétrica en La Gran Caracas. Estudio multicéntrico*, Venezuela

obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos”.⁶

DESINFORMACIÓN

La desinformación a las pacientes en cuanto al procedimiento que se les va a realizar, bien sea parto o cesárea. Sin información amplia y suficiente, ni consentimiento previo de las parturientas, a su llegada a los Centros de Salud, se les toma inmediatamente una vía (vena) y se les administra medicamentos, un suero endovenoso que acelera las contracciones uterinas e, inclusive, llegado el nivel de máxima dilatación del cuello uterino, se les llega a realizar una incisión o corte en los genitales externos, procedimiento llamado episiotomía, para facilitar la expulsión de la cabeza fetal. Además de la posición impuesta en nuestras maternidades y centros públicos y privados de salud, se impone la premura en el parto. Es común que muchas veces las parturientas sean devueltas a sus casas, sin importar distancias ni condiciones sociales, luego de un largo recorrido, hasta “que estén listas”. En muchas oportunidades y luego de largas horas de trabajo de parto pues el médico toma la decisión de realizar la resolución obstétrica mediante una cesárea. En fin son muchas las decisiones que se

⁶TAMÉS REGINA, (2015) *Violencia Obstétrica un enfoque de derechos humanos, México.*

toman en torno a la paciente y al procedimiento que se le va a realizar, y en un sin fin de oportunidades no se da la información correcta y completa a la paciente para que sin interferir en el criterio médico, cumpla con el derecho de opinar con respecto a lo que se le va a realizar.¹³

ABUSO DE MEDICALIZACIÓN

También es una manifestación de violencia contra las mujeres, no solo por interferir en el ritmo propio del trabajo de parto, sino porque en ocasiones se les aplica sin informarlas de su propósito y de sus efectos.⁷

Para García Jorda Dailys (2013) y su equipo de trabajo la medicalización excesiva del parto puede llegar a tener consecuencias desfavorables en la vivencia de las mujeres, como vía para proponer políticas de salud que reivindicquen la representación fisiológica del nacimiento a través de una práctica que enfatice en su normalidad y naturalidad en la vida y otorgue un mayor protagonismo a los hombres durante el proceso.⁸

VIOLENCIA FÍSICA

Toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.¹³

⁷ SONIA ANDREA MONROY MUÑOZ, (2012) *Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá, Colombia.*

⁸ DR. C. DAILYS GARCÍA JORDÁ, (2013) *El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, Cuba*

Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.¹⁴

VIOLENCIA VERBAL

Acoso u hostigamiento: Es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

Amenaza: Es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.¹³

De acuerdo a lo anteriormente expuesto el agresor puede ser cualquier de los integrantes del equipo de salud, es decir, el médico, el personal de enfermería y el personal obrero (camilleros, camareras, vigilante) que hacen de sus conductas las menos adecuadas y caracterizadas por prioridad del mercantilismo en la atención de salud, ausencia de empatía en la relación médico- paciente, institucionalización de la indolencia, el despotismo, el maltrato y la impune violación de los derechos de las pacientes en las instituciones de salud, principalmente públicas, tolerancia o encubrimiento de la negligencia médica, iatrogenia, abusos y vicios institucionales burocráticos y abandono de la ética médica.¹³

PATOLOGIZACIÓN DEL PROCESO NATURAL DEL PARTO

Desde el punto de vista biológico puede decirse que el embarazo es una relación específica de tipo parasitaria, debida a que el embrión y luego el feto, obtiene sus nutrientes de otro ser vivo sin llegar a matarlo. Una vez cumplido el plazo de permanencia intrauterina, determinado genéticamente para la especie, se inicia el trabajo de parto; proceso fisiológico, o de acuerdo a criterio obstétrico se realizará la resolución del embarazo a través de una cesárea. Siempre y cuando a la paciente se le mantenga informada y bajo las condiciones óptimas para la resolución obstétrica, pues la situación se desarrollará como un proceso natural del cuerpo de la mujer, asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica. El médico en nuestros diversos centros de atención pública y privada funge como un asistente; un mediador y en muchos casos como ayudante, cuya misión consiste poner en práctica sus conocimientos y hacer de este proceso fisiológico, algo natural y nunca patológico ni traumático ni para la madre ni para el feto. De no desarrollarse así, comenzaran a aparecer una serie de complicaciones que convertirán del proceso normal algo traumático.³ Teniendo en cuenta Muñoz Sonia (2012) el concepto utilizado para referirse a las excesivas intervenciones de la ciencia médica en asuntos de la vida cotidiana y, donde eventos o fenómenos sociales son definidos como problemas médicos, enfermedades o desordenes sin que lo sean por lo que requieren necesariamente para su solución la intervención de la tecnología, los fármacos y una persona experta en medicina. Es la tendencia de convertir en patológico todo lo considerado anormal, el médico aprende y trabaja con la enfermedad, y no considera la salud; en esta forma se asume como

patológico todo problema de la vida, y se adopta una concesión de cura a eliminar el síntoma que trae el paciente¹⁵

VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Se presenta cuando las mujeres preguntan 'demasiado' sobre el proceso de su parto, o plantean alternativas al modo hegemónico de atención; cuando esto sucede es frecuentemente desvalorizada y no tenida en cuenta en sus necesidades: "Si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada que es muy quejosa, que pregunta demasiado, no es valorada en la preocupación por su salud y la de su hijo, y en general es tomada por una persona molesta"¹¹

Por otra parte el modelo de atención es muy estricto en relación a las posturas 'permitidas' para el cuerpo. Dependiendo de los servicios y del equipo de turno, las mujeres suelen ser cuestionadas si no permanecen en la cama. Todas son obligadas a acostarse para la revisión (el tacto) y casi todas son promovidas a parir de forma supina con las piernas levantadas. El sistema pasa por alto el dolor y pretende cuerpos dóciles esperando ser intervenidos.¹¹

HABITUS MEDICO

El campo médico está formado por el conjunto de las instituciones de salud propiamente tales, el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo que labora en ellas, así como por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte de los servicios de salud, los investigadores y docentes que operan estas instituciones, los profesores y estudiantes

de todas las especialidades, y las industrias relacionadas (farmacéutica, de aparatos, de seguros médicos, etc.) El habitus médico es la interiorización de las estructuras objetivas del campo médico que a su vez permite la reproducción de aquellas. La conducta regular de los actores es el resultado del encuentro entre un habitus particular (es decir, las predisposiciones para actuar de cierta manera), y un campo que le es propicio. Las implicaciones de esta formulación son enormes, por cuanto nos obligan a preguntarnos: ¿en qué medida es posible para los prestadores de servicios que han incorporado en forma de habitus las relaciones de poder y de género del campo médico; cuya “actitud natural” ante el mundo, es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo; y que enfrentan múltiples presiones laborales para atender, con escasos recursos, a una numerosa consulta; en qué medida, es posible para ellos establecer relaciones ciudadanas con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en el trato igualitario.⁹

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Las violencias contra las mujeres, la violencia doméstica y sexual tiene un impacto directo sobre la salud de las personas y en consecuencia debe ser abordada desde una política de salud sexual y reproductiva, sin que esto quiera decir que se desconocen otros tipos de violencia igualmente graves y que requieren intervención del Estado,

⁹ ROBERTO CASTRO Y JOAQUINA ERVITI (2014), *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, México.*

entre otras, la violencia a la que con frecuencia son sometidas las mujeres durante los procesos de atención obstétrica.¹⁰

Esta violencia vulnera los derechos de las mujeres, produce daños físicos, psíquicos y emocionales, pérdida de la autonomía y la dignidad, genera incapacidad laboral y disminuye la productividad. Cada caso de violencia contra una mujer, reproduce los patrones de violencia, impide el desarrollo humano de las mujeres, la familia y la sociedad y consume altos recursos del estado.

DERECHO A LA SALUD

La OMS ha definido a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”.

El derecho a la salud está reconocido en el artículo 4° constitucional, así como en tratados internacionales que México ha suscrito, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

El Comité Derechos económicos, sociales y culturales (DESC) ha señalado que el derecho a la salud se compone tanto de libertades como derechos:

Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.

En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, (2014), *Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer, Colombia.*

que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹⁴

Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a la integridad personal está reconocido en la Constitución y en diversos tratados internacionales de los que México es parte, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y comprende la protección a la preservación de las dimensiones fundamentales de la persona: física, psíquica y moral. Esto se traduce tanto en el derecho a la protección de agresiones al cuerpo, ya sea destruyéndolo, causándole dolor físico o daño a su salud, como al derecho a mantener incólumes las facultades psíquicas y morales, lo que guarda relación con la prohibición de ser obligadas, constreñidas o manipuladas mentalmente en contra de la voluntad.¹⁴

DERECHO A LA INFORMACIÓN

El derecho a la información se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además de tratados internacionales de los que México es parte como el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos los cuales, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional.¹⁴

Para que este derecho se cumpla en relación con la atención del embarazo, el parto y el posparto, las mujeres deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial

y libre de prejuicios acerca de las opciones que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.¹⁴

DERECHO DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA

El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) que define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7º la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla.¹⁴

Al interpretar el artículo 7º de la Convención Belem do Pará, en la sentencia del caso Campo Algodonero vs. México, la ha considerado que el Estado tiene un deber estricto de prevenir, sancionar e investigar la violencia contra las mujeres y que debe adoptar las medidas necesarias para actuar con la debida diligencia en estos casos.¹⁴

Este derecho incluye, por supuesto, la protección de sufrir violencia física, sexual y psicológica perpetrada en establecimientos de salud, por el Estado, sus agentes, o por cualquier persona.¹⁴

En el contexto de la violencia obstétrica, es importante llevar la atención, dentro del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, al derecho a ser valoradas libres de estereotipos y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y

subordinación, pues tales factores tienen un peso sumamente relevante dentro de la configuración de situaciones de violencia obstétrica.¹⁴

DERECHO A LA VIDA PRIVADA

El derecho a la vida privada se encuentra reconocido por diversos tratados, como el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En términos generales, se refiere a la garantía de que no existan injerencias arbitrarias en la vida privada de una persona o de su familia. En el contexto reproductivo, esto implica el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva) incluyendo la decisión de las mujeres, basada en información clara, objetiva y veraz, sobre la forma en que desean que sea su parto, derecho protegido, además, de forma explícita en el artículo 4º de la Constitución.¹⁴

Con base en el artículo 11 de la Convención Americana, la CoIDH ha sostenido que el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública. De acuerdo con la Corte, el concepto de vida privada comprende, entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y las relaciones familiares, por lo que la injerencia del Estado con menoscabo de la capacidad de las mujeres de decidir de manera libre e informada sobre los procesos del embarazo, el parto y el posparto resulta violatorio de este derecho.¹⁴

El Comité Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), en su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer,

señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.²⁹ Uno de estos actos es precisamente la violencia obstétrica, que entre otras situaciones, se presenta cuando se impone un método de anticoncepción, particularmente en un momento como un proceso de parto o cesárea, es una violación al derecho a la vida privada de las mujeres.¹⁴

DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La fundación Camino Claro de Bucaramanga Colombia, evidencia que aunque no haya leyes establecidas sobre violencia obstétrica en el país, se deben tener en cuenta los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos como son derecho a la vida privada y la intimidad personal donde incluyen aspectos de la identidad física y social de la persona, derecho a que se respeta la decisión de tener hijos o no y a elegir las circunstancias para ello, la manera como reproducirse, fundar familia y ejercer su sexualidad; derecho a ser informada pero en libertad para tomar la decisión de la manera como desea tener su parto y en qué condiciones. El parto es un acto sexual reproductivo y por lo tanto se incluye dentro de estos derechos.¹⁹

Por lo anterior la fundación plante la pregunta “¿por qué a las mujeres se les toma como sujetos sin participación ni decisión de las circunstancias de su parto? Uno de los momentos más importantes de su sexualidad que impacta la vida propia (binomio madre bebe + familia + sociedad)” donde los derechos se vulneran y no se tiene en cuenta que es un proceso natural y una de las mejores vivencias de la mujer que por lo tanto hay que respetarlo.¹¹

¹¹ FUNDACIÓN CAMINO CLARO, consultado el 26/05/2016 disponible en <http://caminoclaro.blogspot.com.co/2012/09/el-acompanamiento-durante-el-trabajo-de.html>

PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir.¹² Quevedo Paula (2012) refiere, que el parto humanizado implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo - emocional). La mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas¹³

Según el lineamiento de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) se debe garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora. Si la madre lo desea y las condiciones de la institución lo permiten el personal de salud deberá facilitar la presencia del compañero o de una persona significativa para la madre durante el trabajo de parto y el parto, para que le dé apoyo continuo y la ayude a reducir el nivel de ansiedad, con lo cual se sentirá más tranquila y segura y tendrá

¹² GABRIELA DEL PILAR VELA CORAL, (2015), *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015, Lima-Perú.*

¹³ PAULA QUEVEDO (2012), *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género, Argentina.*

mejores resultados en el trabajo de parto y en el parto. Es deseable que la persona acompañante haya tenido preparación previa durante los controles prenatales, en el curso psicoprofiláctico, u otros momentos ofrecidos por la institución.¹⁴

PARTO RESPETADO

La mujer como protagonista del proceso del parto está en el derecho de recibir un parto respetado donde se tenga en cuenta la libertad de movimientos, de estar acompañada de su pareja o una persona de confianza, el ritmo, la intimidad, etc. Si todos somos conscientes de que cada mujer es diferente, ¿por qué nos empeñamos en igualar todos los partos? El lugar elegido ha de inspirar seguridad a la parturienta y al mismo tiempo ser íntimo. El profesional, si cree necesario intervenir, debe exponer la razón y todas las opciones que hay sin conveniencia alguna. Nunca actuará sin el permiso de la madre y siempre respetando sus decisiones.¹⁵

CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.

Es un concepto que se limita a aspectos administrativos y de humanización mientras que el de violencia obstétrica trasciende estas esferas, los estudios relacionados en Colombia con violencia obstétrica se han desarrollado bajo este concepto.

Las emociones y las dificultades, junto a la carga de trabajo que presenta el personal de salud tienden a que la calidad de la atención brindada no sea la adecuada. Se trata entonces de dos lógicas-prácticas diferentes: la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva y la de los prestadores de servicios de

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, (2011), *criterios globales para el cumplimiento de los 10 pasos de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia y formulario de autoapreciación para instituciones de salud hospitalarias y ambulatorias*, Bogotá. Colombia

¹⁵ EL PARTO ES NUESTRO, consultado el 26/05/2016, disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/06/20/%C2%BFque-es-un-parto-respetado>

salud. Cada una de ellas se expresa en prácticas específicas que, cuando no coinciden entre sí, contribuyen a reproducir las condiciones que permiten la existencia de un problema de mayor envergadura: la “mala calidad” de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.¹⁷

VIVENCIAS EMOCIONALES DE LA MUJER Y SU FAMILIA EN EL PROCESO DE PARTO Y POSPARTO

Las emociones que se experimentan cada mujer dependen de las circunstancias, los factores y las condiciones en las cuales se dé el parto este se considera un proceso natural donde la mujer da paso a una nueva vida. Por la forma en que vivimos este proceso en nuestra sociedad, la mujer da a luz en una institución médica y es sometida a varios procedimientos e intervenciones, donde resulta un momento de exposición y vulnerabilidad, la mujer tiene que recurrir a sus herramientas emocionales para transitarlo de la mejor manera posible.²³

Si la mujer se siente cómoda y confiada en su entorno, facilitará el proceso fisiológico del parto, segregando las hormonas necesarias para la evolución del mismo. Es fundamental que la mujer y su acompañante puedan disfrutar del momento y hacerlo propio. El estar informados y actualizados va a ayudar a que la mujer se sienta dueña y protagonista de su parto.¹⁶

¹⁶ NACE MAMA, consultado el 26/05/2016, disponible en <http://nacemamauy.blogspot.com.co/2014/04/las-emociones-durante-el-embarazo.html>

7. MARCO HISTORICO

CAJA DE HERRAMIENTAS PARTERIA

El concepto de la partera surge ya en las primeras escrituras judías y cristianas, donde se las denomina mujeres sabias. Las esculturas prehistóricas y los antiguos dibujos egipcios ilustran ya el trabajo de las parteras, un trabajo que fue vital para la supervivencia de las mujeres y los niños de sus épocas. Eran mujeres las encargadas de los cuidados de la salud y quienes sanaban. Mezclaban, preparaban y administraban hierbas y pociones (los primeros productos farmacéuticos) buscando la curación. El conocimiento y las habilidades de las parteras se transmitieron de generación en generación a través de sus aprendices. Los griegos y los romanos fueron los primeros en aplicar las calificaciones de la práctica de la partería, exigiendo que todas las parteras tuvieran o hubieran tenido un hijo propio. Las escrituras de Hipócrates en el siglo V A. C. incluyen una descripción del nacimiento normal. Se piensa que Hipócrates fue el primero en organizar y dar una educación formal a las parteras (Wright, 1999).

La literatura histórica de la partería sugiere que las parteras atendían los nacimientos normales, pero que en casos de emergencia tenían que llamar a un médico hombre (o sacerdote). Sorano de Éfeso, un médico del segundo siglo d.C., escribió un tratado de obstetricia dirigido a las parteras, instruyéndolas en técnicas para el manejo de las presentaciones dificultosas recurriendo a la versión interna del feto y su extracción en podálica. En aquella época las mujeres no escribían libros, no obstante lo cual los historiadores sugieren que el conocimiento obstétrico atribuido a médicos probablemente hubiera sido extraído de relatos de las parteras que aprendían el arte de

la partería y sus habilidades de intervención en base a sus propias experiencias prácticas (Sorano, en Cutter y Viets, 1964).

Por importante que pueda haber sido este trabajo para la comunidad, no era necesariamente considerado una ocupación respetable; era un oficio que quedaba a cargo exclusivamente de las mujeres, pero rara vez intervenían las mujeres de clase alta o que gozaran de una situación elevada en su sociedad. Este estigma social se mantuvo hasta pasada la Edad Media, siendo la situación particularmente propiciada por la Iglesia católica, que prohibía a los hombres presenciar partos. En el mejor de los casos la partería era vista como una profesión impura y carente de atributos sagrados, y en el peor de los casos podía asociarse con la práctica de brujería. Las curanderas se convertían en el blanco de la caza de brujas, objeto de un programa de persecución despiadada que fue promovido por la Iglesia y apoyado por las autoridades, tanto clericales como seculares¹⁷ (Salud, 2014)

APORTE LAS PARTERAS EN LA OBSTETRICIA.

El ámbito de la asistencia a la reproducción embarazo, parto y puerperio, anteriormente no era considerado un evento patológico, sino un evento natural de las mujeres; este proceso era asistido por la comadre o partera era la encargada de asistir a la madre a parir; teniendo en cuenta que las parteras son vistas como personas que comparten y viven el nacimiento con la madre, se las ha llamado matrona y madrinas, del latín *matrina*; además, este término proviene de *mater* y *matrix*, que significan madre; del latín *cum matre* se originan *comadre* y *comadrona*, que lleva implícita la función de

¹⁷ OMS. (2014). *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional en las Américas. EEUU.*

acompañar el trance de la maternidad. También se las ha considerado mujeres con conocimientos sobresalientes; razón por la cual han recibido el nombre de mujeres sabias: en francés sage-femme y en alemán WiseFrau.¹⁸

Esta labor se remonta a Siglo XIV a. C., Canaán, Egipto: dos parteras llamadas Séfora y Fúa, hechos que se registran en tres relatos bíblicos; en la era egipcia la ocupación de matrona era reconocida, quien solía atender los nacimientos normales, incluidos los de la realeza. Sin embargo, en la época de Hipócrates y Sócrates (año 500 a.C.), se las reconocía socialmente y recibían honores, incluso estaban especializadas en dos grados, las de mayor experiencia y habilidad, quienes eran consultadas para los partos complicados, y las que atendían únicamente partos normales. La era romana acuna los conocimientos y prácticas heredadas de los egipcios a los griegos y de los griegos a los romanos, pero se sabe poco de las comadronas romanas, aunque se supone que en la era cristiana fue una profesión establecida y que requería personas educadas para su práctica.¹⁹

Pese a su labor no se les reconoció como importantes en la sociedad y fuesen reconocidas legalmente según referencias de las Cortes de Valladolid de 1523, por otro lado, en 1548, se promulga una ley para examinar a médicos, cirujanos, barberos y boticarios, y se prohíbe dicho examen a ensalmadores, parteras, especieros y drogueros. Las tentativas de mejorar el ejercicio profesional médico, refiriéndose exclusivamente a médicos y cirujanos.

¹⁸ MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN-NIVIA, M. J.-A. (2011). LAS PARTERAS, PATRIMONIO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.

¹⁹ MATEO-GONZÁLEZ, H. E.-A. (2014). *Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años*. *LiminaR*.

Esto lleva a que a finales del siglo XV la medicina se volvió una disciplina académica y una profesión establecida, con lo cual la exclusión de las mujeres se agudiza. Es entonces que en el siglo XVIII, la hasta entonces hegemonía de las parteras se puso sistemáticamente en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, a juicio de la incapacidad de las matronas para denunciar casos de fallecimiento de madres y niños por iatrogenia, esgrimidos quizá con fines poblacionistas o humanitaristas, favoreciendo a cirujanos parteros el que, además de su habilidad manual, contaban con instrumental que sólo ellos poseían y sabían usar.

MESA GINECOLOGICA.

Las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el momento del parto han sido concepciones que, evolucionado a través de la historia de la humanidad, el parto primitivo evoluciona con las formas de vida y lugares de cada civilización. Las formas de parir han sido desde la acostada, sentada, en cuclillas, de pibe, de rodillas.

El uso de elementos como el sillón obstétrico se incorpora por necesidad debido al exceso de peso y la falta de ejercicio de la parturienta que le impide mantenerse de rodillas durante el parto.

Se describe el conocimiento que han existido sillas o muebles para parir desde la época egipcia y mesopotámica. En la Biblia en el libro del Éxodo, el rey de Egipto le indica a las parteras que miren en los “asientos” de las hebreas para si tuviera un hijo varón matarlo, por su parte En el papiro de Westcar (1800a.C.) describe la silla obstétrica que consistía en dos ladrillos o piedra paralelas cerradas con una transversal en forma de “U”, Hipócrates siglo V a.C recomienda el sillón obstétrico para parir.

Las mesas, sillas o sillones de exploración ginecológicas se crean cuando nacen las especialidades médicas a comienzos del siglo XIX, con el aumento de la población, la revolución industrial, la emigración de la población rural.²³

El uso de elementos como el sillón obstétrico se incorpora por necesidad debido al exceso de peso y la falta de ejercicio de la parturienta que le impide mantenerse de rodillas durante el parto.”; por otra parte la nobleza francesa, a quien se le debe el establecimiento de la obstetricia moderna: la mujer acostada en cama elevada, dio pie a que Guillemeau en 1612 comenzó a sugerir el parto en decúbito dorsal y fue Francois Mariceau en 1668, obstetra y cirujano francés, el médico de la elegante nobleza parisina que, invitado a atenderlas, no vio mejor solución que permitirles seguir acostadas, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda en aquel entonces: el fórceps. Fue así como el parto en decúbito dorsal se puso de moda proporcionando status. “De Francia, amparado por los argumentos de Mariceau, conquistó las cortes europeas y luego se expandió por el mundo civilizado.

Así, los médicos encontraron una forma más fácil de asistir el parto, creándose mesas ginecológicas para el parto en posición horizontal y se instaló la costumbre de parir en posición echada en la cama `como la Reina; sin embargo la Organización Mundial de la Salud, subraya la necesidad de que la mujer elija cómo quiere dar a luz, su posición más cómoda, y señala que el verdadero desafío de los profesionales de la salud es brindarles a las mujeres información imparcial en la cual basar las opciones de las

posiciones para el parto y consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida.²⁰

PROCESOS DE REIVINDICACION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER

La inclusión de derechos en la Constitución de 1886, como el reconocimiento del derecho al sufragio, a acceder a la educación superior, a la libre administración sus bienes otorgado a la mujer casada, la abolición de la potestad marital y de la progresión de reglas posteriores más equitativas entre los sexos dentro del régimen marital y familia, no fueron suficientes para dar el salto a un ordenamiento jurídico que dejara de justificar y legitimar la discriminación y violencia contra las mujeres.

En esta instancia no bastaba con remover normas discriminatorias, ya que era indispensable avanzar hacia un nuevo orden jurídico buscara la igualdad material e individual, más que formal. Este paradigma, que se traduce en el rechazo a la discriminación y la obligación de superarla, teniendo implicaciones positivas en la vida de las mujeres colombianas

La participación electoral femenina se reactivó en la elección de López Michelsen, en cuyo mandato se dictaron normas fundamentales de derechos de la mujer en la familia, eliminando la potestad marital y declarando la igualdad jurídica de los sexos. A partir de 1974, los distintos gobiernos empezaron a nombrar mujeres en altos cargos del poder ejecutivo, nacional y regional, primero como viceministras y luego en otros cargos de importancia como la Cancillería, siendo Colombia uno de los pocos países con este hecho. Pero la correlación de fuerzas a favor de las mujeres en las listas electorales ha

²⁰ HURTADO., T. C. (2014). *Mesa de operaciones metálica ginecológica del siglo XIX de Miguel Fargas. Una web sobre Historia de la Medicina.*

sido desfavorable en los últimos 25 años, a pesar de los profundos cambios en la cultura femenina, gestada a partir del incremento de su educación, el ingreso masivo a los puestos de trabajo remunerado, el control de la natalidad, la liberación sexual, la revolución feminista en el mundo contemporáneo y la conformación del movimiento social de mujeres.

Al iniciarse la década del 90, el gobierno Gaviria instauró un proceso que ha contribuido a desarrollar políticas públicas para favorecer la transformación de la condición de las mujeres, para visibilizar la discriminación que sufren y para garantizar condiciones de progreso social para la población más pobre, conformada mayoritariamente por mujeres. En la administración Samper se avanzó con la creación de la Dirección de Equidad para la Mujer, bajo la dirección de la feminista Olga Amparo Sánchez. La Constitución de 1991 consagró importantes normas a favor de los derechos de las mujeres, que contribuyen a eliminar distintas clases de discriminación que aún perviven en el país. Una de ellas es la que garantiza la "adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la Administración Pública", cuyo último desarrollo es la ley 158/98, conocida como Ley de Cuotas, que obligó a que los niveles de decisión de las tres ramas y órganos del poder público en todo el país tengan como mínimo un 30% de mujeres y a devengar igual salario por igual trabajo.

PARTO INSTITUCIONAL

Iniciado el siglo XX la ginecología, que era solo exéresis, figuraba todavía involucrada al curso clínico de Cirugía Especial. Fue en 1903, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, cuando se convirtió en una cátedra independiente. El doctor Rafael Ucrós Durán, fue su primer director y la regentó por más de treinta años, A su lado crecieron los primeros ginecólogos colombianos, de hechura exclusivamente quirúrgica, es decir, a la imagen de su maestro.

El profesor Ucrós fue reemplazado por el doctor Carlos Tirado Macías, eminente cirujano urólogo. También en otras partes del país la ginecología era del dominio de los cirujanos. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Gil J. Gil, uno de los más sobresalientes cirujanos colombianos como se le conoció con el nombre de 'Bísturi de oro' fundó la cátedra ginecológica en 1928.

En Cartagena también un cirujano de brillantes ejecutorias, el profesor Napoleón Franco Pareja, tuvo destacadas actuaciones en el campo ginecológico. Refiriéndonos a la obstetricia, ésta al igual que en otros países se individualizó como especialidad médica mucho antes que la ginecología.

Ya en la segunda mitad del siglo pasado hubo colegas que dieron muestra de su marcada preferencia por la tocología: Joaquín Maldonado, Librado Rivas, Ricardo Rodríguez, José M. Buendía y Leoncio Barreto, entre otros. Llegado el Siglo XX dos figuras, dominaron el ambiente obstétrico, de la capital por algo más de seis lustros: Miguel Rueda Acosta (1859-1930) y Nicolás Buendía (1868-1943). Al primero se debe la organización del servicio de obstetricia de la Universidad Nacional y la introducción

de los guantes de goma para la atención de los partos; además, fue quien practicó con éxito en 1966.

El profesor Pedro Nel Cardona. Si aquel fue paradigmático en el campo obstétrico, este lo fue en el ginecológico. Formado al lado de dos extraordinarios cirujanos generales Juan B. Montoya y Flórez y Gil J. Gil- el doctor Cardona fue uno' de los precursores de la ginecología moderna en Colombia.

Durante más de cinco lustros regentó la ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía; a su espíritu renovador se debe la creación en su cátedra de la consulta externa, de la historia clínica, de la consulta de esterilidad e infertilidad, de la actinoterapia. Falleció el profesor Cardona en Medellín en 1969.

Víctor D. Rodríguez Aponte y Carlos Julio Mojica, docentes ambos de la Universidad Nacional, contribuyeron, al tiempo con Acosta Villaveces, a educar las primeras promociones de especialistas en obstetricia. Muchos de sus discípulos se han destacado en la cátedra y en el ejercicio privado. Veamos algunos nombres: Rafael Ramírez Merchán Rafael Peralta Cayón, Luis María Ferro, Ricardo Forero Vélez, Joaquín Sarmiento, Hernando Caicedo Díaz, Santiago Lleras C., Jorge Escobar Soto, Carlos Roberto Silva Mojica.

El primero de los mencionados Ramírez Merchán ideó con el fórceps una maniobra que lleva su nombre, para ser empleada en las variedades posteriores de vértice. Dirigió, en su iniciación, el Departamento integrado de Obstetricia y Ginecología en la Universidad Nacional. Jorge Escobar S., por su parte, ha estado desde su fundación (1954) al frente del Departamento de ginecobstetricia de la Universidad del Valle. A Carlos Roberto

Silva Mojica debe la obstetricia nacional haber introducido, estimulado y mantenido los métodos psicosomáticos de analgesia obstétrica.

En 1956 fundó, en asocio de un distinguido grupo de gineco - Obstetras, la institución denominado EMESFAO (Equipo Médico de Estudios Psíco-físicos de Analgesia Obstetrica).

En la década del 40 al 50 comienzan a figurar en Bogotá dos ginecólogos formados en el exterior, no ya en la escuela de la exéresis sino en la de lo funcional y reparador. Nos referimos a los profesores Arturo Aparicio Jaramillo y Humberto H. Correa.

Especializado este último en Europa, cumplió una meritísima labor como catedrático de ginecología en la Universidad Javeriana.

Discípulo en Chile de Juan Wood y de Juan Carlos Ahumada en la Argentina,

Arturo Aparicio sucedió en la cátedra de ginecología de la Universidad Nacional al profesor Carlos Tirado Macías. Bajo su dirección, como era de esperarse, la ginecología quirúrgica fue estrechándose para darle campo a la ginecología médica. Lo acompañaron en esta tarea los doctores Daniel Brigard fundador del Instituto de Radium y Roberto Serpa. 21

PROCESOS DE REIVINDICACION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER

La inclusión de derechos en la Constitución de 1886, como el reconocimiento del derecho al sufragio, a acceder a la educación superior, a la libre administración sus bienes otorgado a la mujer casada, la abolición de la potestad marital y de la progresión de reglas posteriores más equitativas entre los sexos dentro del régimen marital y

²¹ BERMÚDEZ, M. L. (2011). *El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura*. bvs cuba

familia, no fueron suficientes para dar el salto a un ordenamiento jurídico que dejara de justificar y legitimar la discriminación y violencia contra las mujeres.²²

En esta instancia no bastaba con remover normas discriminatorias, ya que era indispensable avanzar hacia un nuevo orden jurídico buscara la igualdad material e individual, más que formal. Este paradigma, que se traduce en el rechazo a la discriminación y la obligación de superarla, teniendo implicaciones positivas en la vida de las mujeres colombianas

La participación electoral femenina se reactivó en la elección de López Michelsen, en cuyo mandato se dictaron normas fundamentales de derechos de la mujer en la familia, eliminando la potestad marital y declarando la igualdad jurídica de los sexos. A partir de 1974, los distintos gobiernos empezaron a nombrar mujeres en altos cargos del poder ejecutivo, nacional y regional, primero como viceministras y luego en otros cargos de importancia como la Cancillería, siendo Colombia uno de los pocos países con este hecho. Pero la correlación de fuerzas a favor de las mujeres en las listas electorales ha sido desfavorable en los últimos 25 años, a pesar de los profundos cambios en la cultura femenina, gestada a partir del incremento de su educación, el ingreso masivo a los puestos de trabajo remunerado, el control de la natalidad, la liberación sexual, la revolución feminista en el mundo contemporáneo y la conformación del movimiento social de mujeres.²³

²² *LA CONSTITUCIÓN DEL 91 Y LOS DERECHOS DE LA MUJER. (junio de 2011).*

²³ *Bermúdez, M. L. (2011). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. bvs cuba*

Al iniciarse la década del 90, el gobierno Gaviria instauró un proceso que ha contribuido a desarrollar políticas públicas para favorecer la transformación de la condición de las mujeres, para visibilizar la discriminación que sufren y para garantizar condiciones de progreso social para la población más pobre, conformada mayoritariamente por mujeres. En la administración Samper se avanzó con la creación de la Dirección de Equidad para la Mujer, bajo la dirección de la feminista Olga Amparo Sánchez. La Constitución de 1991 consagró importantes normas a favor de los derechos de las mujeres, que contribuyen a eliminar distintas clases de discriminación que aún perviven en el país. Una de ellas es la que garantiza la "adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la Administración Pública", cuyo último desarrollo es la ley 158/98, conocida como Ley de Cuotas, que obligó a que los niveles de decisión de las tres ramas y órganos del poder público en todo el país tengan como mínimo un 30% de mujeres y a devengar igual salario por igual trabajo.²⁴

²⁴ *LA CONSTITUCIÓN DEL 91 Y LOS DERECHOS DE LA MUJER. (junio de 2011).*

8. ASPECTOS LEGALES

INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER BEIJING, 4 A 15 DE SEPTIEMBRE DE 1995

En el contexto internacional de Beijín se establece los derechos de las mujeres entre ellos teniendo en cuenta los derechos reproductivos estos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen

problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

Los derechos humanos de la mujer incluyen además su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.

Podemos encontrar también que la calidad de la atención de la salud de la mujer suele ser deficiente en diversos aspectos, según las circunstancias locales. En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Además, en algunos países todos los acontecimientos que ocurren en la vida de la mujer se suelen tratar como problemas médicos que terminan en intervenciones quirúrgicas innecesarias o en una medicación incorrecta.

Teniendo en cuenta estos problemas se plantean las siguientes intervenciones:

Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas

las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan;

Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan;

Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud; Adoptar todas las medidas necesarias para acabar con las intervenciones médicas perjudiciales para la salud, innecesarias desde un punto de vista médico o coercitivas y con los tratamientos inadecuados o la administración excesiva de medicamentos a la mujer, y hacer que todas las mujeres dispongan de información completa sobre las posibilidades que se les ofrecen, incluidos los beneficios y efectos secundarios posibles, por personal debidamente capacitado.²⁵

²⁵ UNIDAS, N. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, (pág. 238). Beijing.

OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible encontramos las siguientes metas establecidas por las naciones unidas en su objetivo 3, Salud y Bienestar, el cual busca para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Dentro del objetivo 5 igualdad de género, Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo, garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. 26

²⁶ UNIDAS, N. (2015). *17 Objetivos para transformar nuestro mundo. Objetivos de desarrollo sostenible.*

CONFERENCIAS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS DE LA MUJER

Desde hace más de tres décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) conjuntamente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996) han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante, los logros conseguidos a partir de estas iniciativas, las inequidades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano.²⁷ El derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los Derechos Humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los

²⁷ VILLAVERDE, M. (2006). *Salud Sexual y Procreación Responsable. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires. Portales Medicos.*

servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. No se debe pensar el derecho a la vida como separado del derecho a salud, ni el derecho a la salud como escindido del derecho a la dignidad: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí” Sin embargo, llama la atención la ausencia de referencias directas a la violencia obstétrica en la gran mayoría de los textos sobre violencia hacia las mujeres. En muchas instituciones de salud se violan sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto convirtiéndolos en formas naturalizadas de violencia. Dentro de los derechos más vulnerados encontramos: Derecho a la integridad personal. Como se indica en el Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer. Derecho a la privacidad e intimidad. Este derecho presenta dos manifestaciones complementarias, el límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada. El Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señala que las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación. En la misma línea, el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos

Humanos estipula que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”. Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del porqué de estas prácticas ni se les pide su acuerdo: “Me metieron mano, más o menos 13 estudiantes... me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran” 28

-Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. La violación de este derecho toma la forma del paternalismo médico en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, son un ejemplo habitual de este tipo de prácticas. Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes. De acuerdo con el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos

²⁸ INSGENAR. (2008). *Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.*

Civiles y Políticos (PIDCyP) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios público o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual) Derecho a estar libre de discriminación. El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”. En relación con la atención en la salud, el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, declara que los Estados deben “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y período posterior al parto...” Con el fin de asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica. Gran parte de la población que acude a los servicios gratuitos de salud en los hospitales públicos pertenece a sectores desaventajados desde una perspectiva socioeconómica, lo que dificulta el conocimiento de los derechos que poseen y, por

tanto, anula casi por completo la posibilidad de reclamarlos. Esto se pone de manifiesto en la falta de denuncias por malos tratos recibidos en los servicios de atención médica: “Si bien reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso es habitual y que no pueden decir nada ni quejarse porque después tienen que volver al mismo lugar y encontrarse con el mismo personal. Esto marca una absoluta diferencia con quienes tienen la posibilidad económica, sea por gozar de una obra social o sin ella, de elegir y abonar los servicios en centros del sector privado y de la seguridad social” El recuento de estas violaciones a los derechos humanos sufridas por mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductiva, en gran parte debido a su condición de tales y por causa de presupuestos sociales que las ubican en lugares poco privilegiados, muestra la necesidad imperiosa de revisar una situación que atenta contra la protección de este grupo²⁹.

DESARROLLO NORMATIVO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

CONTEXTO ARGENTINA

La Ley N° 25.929 conocida como "de parto humanizado" o "parto respetado", promueve que se respete a la mujer en sus particularidades raza, religión, nacionalidad y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

La mujer tiene derecho: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y participar activamente en las decisiones que acerca de las alternativas distintas si es que existen, A ser considerada

²⁹ INSGENAR. (2008). *Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.*

como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto, A un parto respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados, A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, A elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto, A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales, A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar, A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña, A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma

Toda persona recién nacida tiene derecho: A ser tratada en forma respetuosa y digna, A su inequívoca identificación, A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, A la internación conjunta con su madre en sala, A que sus padres/familiares reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Las familias de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos: A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento, A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la

toma de decisiones relacionadas con su asistencia, A un consentimiento informado sobre cualquier práctica médica que se le realice al niño o niña, A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida, A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña, Cuando estos derechos no se cumplen se está violando también la ley 26485 de protección integral a las mujeres.

Qué políticas públicas hacen efectivos estos derechos: El "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable" y el "Programa Nacional de Educación Sexual Integral" buscan brindar información actualizada, confiable, precisa, científica y completa, para que todas las personas podamos tomar las mejores decisiones sobre nuestra propia vida sexual y reproductiva³⁰. (Mujeres, 2016)

CONTEXTO MEXICANO

Se Aprueba Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica,

Se refiere al trato médico que dañe, lastime o denigre a las mujeres embarazadas; incluye partos vía cesárea innecesarios, busca dar certeza, seguridad y tranquilidad a las mujeres durante la gestación, parto y puerperio, violencia laboral, exigir certificados de no embarazo y no respetar oportunidades de ascenso

La Comisión de Igualdad de Género, que preside la diputada Martha Lucía Mícher Camarena (PRD), aprobó el dictamen a la minuta que incorpora el concepto de violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

³⁰ CONSEJO NACIONAL DE LAS MUJERES (2016). *Campaña contra la Violencia Obstétrica*,

La violencia obstétrica considera toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Lo será también la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Practicar el parto por vía de cesárea, cuando hay condiciones para llevarlo a cabo de forma natural, además del uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, se estableció de igual forma como violencia obstétrica.

Asimismo, obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

La reforma adiciona una fracción al artículo 6 de ese marco legal, con el fin dar certeza, seguridad y tranquilidad a las mujeres durante el tiempo que dure el embarazo y posterior al mismo.

La comisión avaló además un dictamen a la minuta que incluye dentro de los conceptos de violencia laboral, la negativa ilegal de respetar las oportunidades de ascenso de las mujeres, así como el exigir la presentación de certificados médicos de no embarazo.

Este dictamen, que reforma el artículo 11 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, busca garantizar las oportunidades de desarrollo laboral

para las mujeres en un entorno saludable y con pleno respeto a sus derechos³¹.
(Mexico, 2015)

CONTEXTO VENEZOLANO

El artículo 51 de la constitución política venezolana señala las conductas o actos ejecutados por el personal de la salud, las cuales indican que se está en presencia del delito de violencia obstétrica.

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de 250 a 500 unidades tributarias, la copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme deberá ser remitida al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

³¹ MÉXICO DIPUTADOS (2015) Boletín N°. 5462 LXIII Legislatura.

Es importante resaltar que, al ser atribuido al personal de salud, la comisión del delito de violencia obstétrica, contemplado en la citada Ley, alcanza no sólo a hombres sino también a mujeres, en ejercicio de su función en el área de la medicina o enfermería.

La Directora de Defensa para la Mujer expresó que El artículo 51 señala las conductas o actos ejecutados por el personal de la salud, las cuales indican que se está en presencia del delito de violencia obstétrica.

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de 250 a 500 unidades tributarias, la copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme deberá ser remitida al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Es importante resaltar que, al ser atribuido al personal de salud, la comisión del delito de violencia obstétrica, contemplado en la citada Ley, alcanza no sólo a hombres sino también a mujeres, en ejercicio de su función en el área de la medicina o enfermería.

La corte expresa que con la tipificación de la violencia obstétrica en la legislación venezolana, se busca hacer un llamado al personal que labora en el área de la salud, especialmente a los galenos, pues deben procurar un cambio en la relación de poder en sus actos médicos, en virtud de que el trato humano no atenta contra el ejercicio de su profesión en el aspecto científico.

Además, considera que estos especialistas también deben asumir un compromiso ético que procure colocar a las mujeres en igualdad de condiciones, respetándolas como protagonistas en su proceso de salud al mantenerlas informadas de todo lo que les ocurre o pudiera afectarles. (Venezuela, 2016)

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, al establecer el delito de violencia obstétrica, busca propiciar que el personal de salud esté consciente del respeto de los derechos humanos de las embarazadas, para que ejerzan su autonomía sexual y reproductiva con la tipificación de la violencia obstétrica en la legislación venezolana, se busca hacer un llamado al personal que labora en el área de la salud, especialmente a los galenos, pues deben procurar un cambio en la relación de poder en sus actos médicos, en virtud de que el trato humano no atenta contra el ejercicio de su profesión en el aspecto científico.

Además, considera que estos especialistas también deben asumir un compromiso ético que procure colocar a las mujeres en igualdad de condiciones, respetándolas como

protagonistas en su proceso de salud al mantenerlas informadas de todo lo que les ocurre o pudiera afectarles.

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, al establecer el delito de violencia obstétrica, busca propiciar que el personal de salud esté consciente del respeto de los derechos humanos de las embarazadas, para que ejerzan su autonomía sexual y reproductiva³². (Venezuela, 2016)

CONTEXTO COLOMBIANO

Colombia no tiene una legislación específica que prevenga y sancione el maltrato dado a las mujeres por parte del personal médico durante su trabajo de parto en los hospitales y clínicas. Sin embargo, existe una amplia normatividad que busca garantizar los derechos de las mujeres en el marco de los procesos de atención en salud, dentro de ellos se encuentran:

PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021

Dentro del plan decenal en salud encontramos una serie de estrategias relacionadas con la vulnerabilidad asociada al género dentro de ellas tenemos la atención en salud con enfoque de género, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación barrera de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de atención integral. Estos recursos se obtienen de Recursos Impuesto Social a las Armas y Municiones y Explosivos, que son destinados para la atención a mujeres víctimas de la violencia y Programas de promoción y prevención.³³

³² VENEZUELA, MINISTERIO PÚBLICO (2016). *Ley Orgánica del Ministerio Público*

³³ SOCIAL, M. D. (2010). *Prevención y atención integral en Salud Sexual Derechos Sexuales y Reproductivos. Bogota DC.*

POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

En la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos existe algunos parámetros establecidos Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género: cuyo objetivo es garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la reproducción libre de violencia en el marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, étnica, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima de conflicto armado y la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos: cuyos objetivos se orientan a la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva, con atención integrada, humanizada y de calidad, la atención oportuna y de calidad a la mujer gestante y lactante y la prevención del aborto inseguro. 34

Norma Técnica de Atención del Parto

En la norma técnica de atención del parto podemos encontrar factores establecidos para la protección de la mujer al momento de la atención del parto podemos citar algunos de ellos Apoyo físico, emocional y psicológico continuos durante el trabajo de parto y parto. Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo. Apoyo a las madres para la lactancia. Recursos y procesos adecuados en la red de Servicios requeridos a las situaciones potenciales que se pueden presentar. Asegurar procesos y recursos para la Vigilancia estricta del posparto inmediato

³⁴ SOCIAL, M. D. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogota DC.

En Colombia no existe una legislación clara que prevenga y sancione el maltrato dado a las mujeres por parte del personal médico y asistencial durante su trabajo de parto en los hospitales y clínicas que prestan este servicio. En Latinoamérica solo en Argentina, México y Venezuela se ha tipificado como un delito debido a los numerosos casos que se presentan.

Resolución 13437 de 1991

Aunque en Colombia no se ha establecido una ley que proteja a las mujeres contra la violencia obstétrica, es necesario recalcar los derechos a los que tienen acceso todos los pacientes, podemos encontrar en la Resolución 13437 de 1991, los postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, dentro de estos derechos encontramos los tres derechos fundamentales que se vulneran frecuentemente en la atención obstétrica, el derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país, el derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto estado, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve y el derecho a recibir un trato digno respetando sus

creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre el estado en el que se encuentra.³⁵

Teniendo en cuenta un gran número de testimonios que se registran diariamente estos son los derechos que más se vulneran a la hora de la atención del parto.

Ley 1257 DE 2008

A través de esta ley se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, aunque no es una ley explícita en la atención obstétrica esta brinda algunas herramientas claras en el trato digno a la mujer, las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal.

Resolución 1441 de 2013

Destinada a la habilitación que tiene como objeto lo siguiente; en uno de sus párrafos, los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atentan contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito, el prestador debe garantizar

³⁵ POSSO, C. G. (1991). *Resolución 13437*. Bogotá.

a todos los usuarios, que no serán vulnerados sus derechos, su dignidad, su privacidad, la confidencialidad de su estado o enfermedad y no debe ser objeto de agresión psicológica o física en ningún momento

Ley 911 DE 2004

Dentro de la ley 911 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, y dentro de las responsabilidades de enfermería encontramos en el artículo 9,10, 11 y 12 que es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica, El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía, El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios, En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios.

La violación de estos artículos constituye falta grave.³⁶

³⁶ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911. 2004.

9. ESTADO DEL ARTE

Se realiza una búsqueda bibliográfica publicada entre los años 2011 al 2016, donde se encontraron estudios principalmente en países como: México (35%), Venezuela (10%), Argentina (7%), España (7%), Uruguay (4%), Costa Rica (3%), Suiza (3%) donde el enfoque se relaciona con violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos, de género y legislaciones que protegen a la mujer y evitan que se presente la violencia en trabajo de parto y parto; En Colombia el 28% de los estudios encontrados se relaciona desde el enfoque de la atención humanizada en el parto desviando el sentido de la violencia obstétrica como tal.

La búsqueda se realizó en español, incluyendo revisiones de artículos (69%), tesis (10%), proyectos de grado (10%), libros (7%) y ponencias (4%). Las fuentes consultadas fueron: EBSCO, Scielo, OMS, UNESCO, Repositorio UderR Uruguay, repositorio tesis digitales, repositorio latinoamericano, revistas de ginecología y obstetricia, revista colombiana de bioética, revista de obstetricia, revista CONAMED (México), revista de universidades como: la Javeriana (Colombia), Nacional Cuyo (Argentina), Pontificia Bolivariana (Colombia), Académica (Costa Rica), Nacional Autónoma Campus Morelos (México).

La propuesta del estudio se realiza desde una perspectiva objetiva de la problemática enfocada hacia la violencia obstétrica teniendo como base las fuentes consultadas que referencian este fenómeno, violencia, derechos sexuales y reproductivos y género (45%), salud de la mujer; derechos humanos; servicios de la salud materna (24%), enfermería, salud y mujeres embarazadas (10%), vivencia, trabajo de parto, cuidados de posparto, acompañante y atención del parto (4%).

10. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo con enfoque fenomenológico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres que hayan tenido su último hijo en los últimos dos años y que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán.
- Mujeres que hayan tenido sus hijos en alguno de los hospitales de nivel I, II o III de la ciudad de Popayán.
- Que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres con algún tipo de discapacidad cognitiva
- Mujeres que hayan perdido su último hijo durante el nacimiento en un periodo menor a dos años.

POBLACION DE ESTUDIO

Mujeres que hayan tenido su último hijo en un periodo igual o menor a dos años y asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán.

INSTRUMENTOS

Entrevista estructurada para la identificación del aspecto socio demográfico y una entrevista de profundidad para obtener algunos datos relacionados con las modalidades

de violencia obstétrica percibidos por las entrevistadas en el desarrollo de su labor de parto, parto y puerperio a nivel institucional.

TÉCNICAS

La recolección de la información se realizará siguiendo las siguientes técnicas.

Grabación en audio: Previo consentimiento informado se procederá a llevar un registro total por medios auditivos para que el transcriptor logre establecer una correcta morfosintaxis de lo expresado por la entrevistada.

Entrevista a profundidad: Se realizará una entrevista a las mujeres lactantes en donde libremente narraran su experiencia vividas en torno al proceso de atención del trabajo de parto, parto y puerperio a partir de su percepción de en la atención recibida en la institución de salud en la cual fue atendida.

Grupo focal: Las mujeres que posterior a la entrevista hayan vivido alguna modalidad de violencia obstétrica, serán invitadas a participar de un grupo focal donde libremente contarán sus experiencias y el impacto que tales hechos generaron en su bienestar, actividad que contara con registros auditivos a lo largo de su desarrollo para recoger las pausas, énfasis, dudas y cualquier otro tipo de expresividad oral de las participantes.

Observación de lenguaje no verbal: Durante las entrevistas individuales y los grupos focales se registrarán las expresiones no verbales y otras condiciones del ambiente que tenga relevancia dentro del proceso investigativo (gestos de la entrevistada, titubeos conductas de ansiedad o sentimientos evidenciados en su comportamiento), que contribuye a la triangulación de la información obtenida.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

La recolección de la información se realizó en las siguientes etapas:

1. Socialización del proyecto con la Junta Directiva de la Asociación 31 de Marzo de la ciudad de Popayán.
2. Reunión con las madres FAMI para identificar a las mujeres que deseaban participar en el estudio.
3. Realización de una entrevista estructurada que permitió identificar los aspectos sociodemográficos de las mujeres sujeto de estudio y una entrevista a profundidad en donde relataron sus vivencias entorno a la atención del trabajo de parto, parto y puerperio.
4. Sistematización de la información obtenida a través del diario de campo y la observación participante como insumos para una mayor comprensión del tema de estudio.

ENTRADA AL CAMPO.

Los contactos para el desarrollo de la presente investigación, iniciaron con la obtención de la autorización de la Junta Directiva de la Asociación 31 de Marzo de la ciudad de Popayán

Posteriormente el grupo de investigadores sostuvo una reunión con las mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán informándoles sobre el objetivo del proyecto de investigación, los beneficios y/o riesgos, se mencionaron aspectos concernientes a la participación y las condiciones bajo las

cuales se daría esta y de que están en toda libertad de participar o no del estudio sin que esto afecte la vinculación al programa FAMI. Se informó también de que los resultados de la investigación serán socializados mediante diferentes canales en los que se protegerá su identidad y que podrán autorizar o no la divulgación de sus vivencias.

Una vez se realizara esta actividad de socialización las mujeres asistentes a la actividad indicaran voluntariamente su participación en la investigación y se concertó la fecha y lugar de la entrevista a profundidad.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó transcripción de las entrevistas a profundidad, de las cuales se realizó una clasificación de su contenido para luego categorizar y subcategorizar la información.

La información obtenida a través de la observación fue también analizada y procesada contribuyendo a la triangulación de la información obtenida, con la cual se procedió finalmente a la elaboración del informe final.

Con los insumos obtenidos en el trabajo de campo se identificaron los retos que tendría el profesional de enfermería para el abordaje de esta problemática.

RESULTADOS ESPERADOS:

Relacionados con la generación de conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos: Esta investigación contribuye a introducir en nuestro contexto las problemáticas derivadas de la violencia obstétrica, tema que no ha sido investigado, mientras que en países como México llevan más de 25 años investigando y en Argentina y Venezuela,

se ha desarrollado un marco legislativo para ser sancionada y prevenida. Los resultados se divulgarán mediante:

Publicación del trabajo de investigación en una revista indexada como aporte al conocimiento científico sobre este tema.

Dirigidos a la apropiación social del conocimiento: Este tema al ser una problemática no visibilizada desde el enfoque de derechos de las mujeres y circunscrita exclusivamente al tema de calidad en el contexto institucional, requiere del desarrollo de diferentes estrategias y medios para que tanto desde los ámbitos institucional (academia, instituciones de salud, entes territoriales) y comunitarios se desarrollen acciones que se traduzcan en el desarrollo de mecanismos para su prevención y denuncia de hechos que constituyen violencia obstétrica, con las siguientes propuestas se busca contribuir a la función social de la universidad, llevando el conocimiento a las diferentes esferas de la sociedad con el fin de que se tomen acciones de acuerdo a su nivel de competencias. Para tal efecto se busca llegar con los resultados de la investigación a todos los ámbitos arriba descritos mediante:

Presentación de una ponencia en un evento académico local y/o nacional.

Realización de un foro que convoque a la academia, las instituciones de salud y las organizaciones comunitarias en donde se analicen los resultados obtenidos en esta investigación y se obtengan compromisos para intervenir la problemática desde los diferentes ámbitos.

Elaboración de una foto reportaje con las vivencias más significativas que ilustren las diferentes modalidades de la violencia obstétrica. Disponible para realizar exposiciones

en diferentes contextos. (Los testimonios a publicar contarán con el consentimiento expreso de las protagonistas y se protegerá su identidad).

Participación en un programa radial en alguno de los espacios de la emisora de la Universidad del Cauca con motivo del Día Internacional de No Violencia contra las Mujeres.

11. VARIABLES						
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SEGÚN SU FUNCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN LA VARIABLE
Edad	Cuantitativo	Discreta	Razón	Tiempo que ha vivido una persona, animal, o duración de una cosa.	Años cumplidos hasta la fecha actual.	Unidimensional
Procedencia	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	Zona donde habita la persona (Rural, Urbano)	Unidimensional
Nivel Socioeconómico	Cualitativo	Ordinal	Politómico	Basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Este nivel está dividido en varios segmentos: alto, medio y bajo.	Nivel en estrato socioeconómico (Alto, Medio, Bajo)	Unidimensional
Nº de Hijos	Cuantitativo	Discreta	Razón	Como concepto demográfico, se	Hijos paridos	Unidimensional

				mide por el número medio de hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva	hasta la fecha	
Raza	Cualitativo	Nominal	Politomico	Gran grupo de personas pertenecientes a una de las grandes razas con características culturales propias y distintivas que perduran en la historia.	Grupo étnico al que pertenece (Indígena, Negro, gitano)	Unidimensional
Nivel Educativo	Cualitativo	Ordinal	Politomico	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar	Ultimo estudio académico realizado	Unidimensional

				se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.		
Ocupación	Cualitativo	Nominal	Politomico	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Trabajo, labor o quehacer.	Unidimensional
Tipo de Parto	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero.	Manera en la cual se realizó el parto (Natural, Cesaría)	Unidimensional
Religión	Cualitativo	Nominal	Politomico	Conjunto de creencias religiosas, de normas de	Tipo de religión a	Unidimensional

				comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano	la cual pertenece.	
Tiempo de Gestación (Semanas)	Cuantitativo	Continua	Razón	La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.	Última semana de embarazo antes de dar a luz	Unidimensional
Calidad de atención del personal de salud durante en el parto	cualitativa	Ordinal	Bueno. Regular Malo	Secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, en cuanto a oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera y	Percepción de los usuarios frente a un servicio prestado	multidimensional

			Pésima	resultados de la intervención clínica		
Satisfacción en la atención del parto	Cualitativa	Ordinal	Muy satisfecho, satisfecho, poco insatisfecho, insatisfecho	La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio	Interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe.	multidimensional
Maltrato recibido por profesional de salud en la atención al	cualitativa	nominal	Politémico: físico, psicológico, emocional.	Irrespeto y violencia en el parto y posparto ejercida por el profesional de salud durante su atención	Trato irrespetuoso hacia la embarazada en parto y puerperio	multidimensional

parto						
Maltrato psicológico en parto ,puerperio	cualitativo	Nominal	Politómico. Discriminación, humillación, desinformación del proceso del parto, estado de salud de RN, comentarios negativos	Manifestaciones de trato ejercida por el personal de salud hacia mujeres embarazadas, parturientas y mujeres puérperas (en su posparto).	Agresión psicología durante parto, puerperio	multidimensional
Procedimiento médicos realizados en el parto	cualitativo	nominal	Plitómico. Cesaría, episiotomía, medicalización,	Plan de acción destinado a lograr un resultado en el cuidado de las personas con problemas de salud, terapias, procedimientos con la intención	Una actividad médica para tratamiento, diagnostico,	multidimensional

			uso de fórceps.	de determinar, medir o el diagnóstico y rehabilitación.	rehabilitación.	
Conocimiento de las embarazadas frente a derechos sexuales reproductivos	cualitativo	Nominal	Dicotómica. Sí, no	Derechos que buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién. Los derechos reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva.	Derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente la salud sexual y reproductiva.	multidimensional
Respeto de la a las decisiones de la embarazada el	cualitativa	nominal	Politómica. Intimidad, posición en momento del	Trato o negociación continuado a respetar la decisión del paciente en ejercicio de su autonomía del paciente lo que	Autonomía y derecho del de paciente	multidimensional

momento del parto			parto, acompañamiento, parto institucional o en casa	constituye un imperativo ético		
Experiencia frente a la atención institucional del parto	cualitativa	Nominal	Dicotómica. Negativa, positiva	La percepción que el paciente y la población tienen sobre los servicios sanitarios públicos, incorporación de las preferencias y expectativas del paciente en su proceso de atención	Reacción subjetiva frente a una atención , servicio prestado	multidimensional
Conocimiento sobre violencia obstétrica	cualitativa	Nominal	Dicotómica. Sí, no	Violencia obstétrica se desprende de ciertas prácticas que se realizan a las mujeres desde su embarazo, durante su	Manifestaciones de agresiones físicas, psicológicas, hacia	multidimensional

				parto y en su posparto que implican la vulneración de sus derechos más fundamentales como los son el derecho a la intimidad, el derecho al libre ejercicio de su el derecho a ser tratado dignamente, el derecho a decidir sobre su cuerpo, entre otros.	la embarazada, parto, puerperio	
Maltrato físico durante el parto	Cualitativo	Nominal	Politómico. Uso medicalización no justificado, agresión física, uso de instrumentos	Manifestaciones físicas, invasivas ejercida por el personal de salud hacia mujeres embarazadas, parturientas y mujeres puérperas (en su posparto).	Agresión física durante el parto	Multidimensional

Días de hospitalización previos al parto	Cuantitativo	Discreta	Razón	Tiempo que ha estado internada en el hospital previo al parto	Semanas cumplidas hasta la fecha actual.	Unidimensional
Sistema de seguridad en salud	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	Sistema de seguridad al que pertenece	Subsidiado, contributivo	Unidimensional
Estado civil	Cualitativo	Nominales	Politómico	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil (Casada, soltera, unión libre, separada, viuda)	Unidimensional
Número de Abortos	Cuantitativo	Discreta	Razón	Condición que da término al embarazo, voluntario e involuntario.	Número de abortos hasta la fecha actual	Unidimensional
Patologías de base	Cualitativo	Nominales	Politómico	Patologías existentes antes del comienzo del embarazo	Anemia, diabetes, cardio patías.	Unidimensional

Presencia de enfermedades de transmisión sexual	Cualitativo	Nominales	Politómico	Patologías infecciosas adquiridas por transmisión sexual	Sífilis, VIH, Hepatitis B, VPH	Unidimensional
Presencia de enfermedades de transmisión sexual	Cualitativo	Nominales	Politómico	Patologías infecciosas adquiridas por transmisión sexual	Sífilis, VIH, Hepatitis B, VPH	Unidimensional
Permanencia de acompañante	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	Persona conocida por la paciente y que permanece durante el proceso	Presencia o ausencia del acompañante	Unidimensional
Información sobre los procedimientos que le realizan por parte del	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	Información generada por el personal de salud sobre los procedimientos requeridos en el proceso	Proporción de información dada por el personal de salud o ausencia	Unidimensional

personal de salud					de esta	
Proporción de intimidad y privacidad	Cualitativo	Nominal	Dicotómico	Gestión de un ambiente cómodo, íntimo y privado para la paciente en su valoración.	Proporción de un ambiente cómodo íntimo y privado por parte del personal de salud o la ausencia de estos	Unidimensional

12. INSTRUMENTO



**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI,
POPAYÁN, 2016.”**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

PROGRAMA DE ENFERMERIA

Código:

--	--	--	--

La presente guía tiene como propósito mostrar los tópicos que serán abordados con las mujeres sujeto de estudio, se da como un listado de interrogantes que pueden ser realizadas, pero esto no significa que se tengan que formular como tal, más bien constituyen una guía para obtener la información, por tal razón se hace necesario construir inicialmente un clima de confianza que les permita abordar los temas a investigar.

Edad: 15 a 19: () 20 a 25: () 26 a 35: () Mas de 36: ()

Raza o Etnia: Indígena: () Mestiza: () Afrodescendiente: () Otro: _____

Nivel Educativa: Analfabeta: () Primaria incompleta: () Primaria: () Bachillerato incompleto: () Bachillerato: () Técnico: () Universitario: ()

Número de hijos: 1: () 2-4: () 5 o +: ()

Religión: Católica: () Cristiana: () Ninguna: () Otro: _____

Estado civil: Soltera: () Casada: () Viuda: () Unión Libre: ()

Ocupación: Independiente: () Ama de casa: () Empleada: () Otro:

Procedencia: Rural: () Urbana: ()

Tipo de afiliación a SGSSS: Contributivo: () Subsidiado: () Especial: () EPS: _

Tipo de Parto: Natural: () Dirigido: () Inducido: () Cesárea: ()

1. **A)** Que esperaba usted del proceso de atención del parto? **B)** Que le habían dicho? **C)** Cuáles eran sus miedos? **D)** Que la hacía sentir que estaba o no preparada para vivir esta experiencia? **E)** Hubo espacios para compartir sus miedos y temores con el personal de salud?

2. ¿Cómo recuerda el proceso de atención del parto desde el momento en que llego al hospital?

******(Dejar que la participante describa libremente el proceso y cuando lo considere pertinente realice preguntas para profundizar en el rol de los diferentes miembros del equipo de salud. Describa como fue la experiencia de la atención por parte del personal de salud (Medico, Enfermera, Auxiliar de enfermería) durante parto.

3. Respecto al trato que le brindó el personal de salud, que fue lo más agradable ¿qué le dijeron y qué fué lo que más le molesto?

******De acuerdo a la respuesta profundizar con preguntas para identificar que le dijeron exactamente y quien se lo dijo.

4. A) Desde su punto de vista, ¿qué frases nunca le deberían decir a una mujer mientras la están atendiendo? **B)** ¿Qué frases le gustaría escuchar que la hicieran sentir mejor?
5. **A)** ¿Cómo fue para usted el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto? **B)** Que tipo de apoyo recibió por parte del personal de salud para su manejo?
**(De acuerdo a la respuesta profundizar con preguntas para identificar el rol del personal de salud y la necesidad de asumir una conducta de sumisión con el fin de ser atendida.)
6. ¿Qué procedimientos recuerda que le realizaron durante el proceso de trabajo de parto y parto?
**De acuerdo con las respuestas, profundizar sobre si fue o no informada y luego explicar en términos sencillos los que no haya incluido en su relato.
**(Rasurado de genitales – Enema – Indicación de permanecer acostada todo el tiempo – Rotura artificial de bolsa – Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto – Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas – Compresión del abdomen en el momento de los pujos – Episiotomía – Cesárea – Raspaje del útero sin anestesia)
7. **A)** Durante el trabajo de parto, ¿qué sentía usted que la mantendrían más cómoda y que le hubiera ayudado a manejar el dolor y a acelerar naturalmente el parto? **B)** Se lo manifestó al personal de salud?
**(De acuerdo a la respuesta profundizar con preguntas para identificar el rol del personal de salud)

8. **A)** En el momento del parto, ¿pudo elegir en qué posición tener a su bebe? **B)**
Tuvo la oportunidad de discutir sobre esto con el personal que la atendió?

9. **A)** A usted le hubiera gustado estar acompañada o no durante su trabajo de parto y parto? **B)** ¿Por quién? **C)** ¿Por qué? ** si la respuesta es afirmativa **D)**
¿le fué permitido por la institución?

** (En caso contrario realizar preguntas de profundización para explorar las razones que lo impidieron.)

10. **A)** ¿Cómo fué ese primer contacto con su hijo? **B)** ¿Cuánto tiempo se demoró en tenerlo en sus brazos?

** (Formular otras preguntas que ayuden a la comprensión de este tópico de acuerdo a las respuestas dadas).

** (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

11. ¿Cómo se sintió por el papel que usted realizó durante el trabajo de parto y parto?

13. CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación se basa en los principios estipulados en CIOMS/82 -2002 y en la resolución 008430 de 4 de octubre de 1993, en la que se establece las conductas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, TITULO II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en el que ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar , y en conjunto con el Artículo 11, la investigación se considera sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.³⁷

A continuación, se expondrán los principios que se tendrán en cuenta para el desarrollo de la presente investigación:

AUTONOMÍA: Del griego autos: a sí mismo y nomos: ley, gobierno; se refiere a cierta potestad o nivel de independencia que una persona u organismo tiene para actuar, hacer o decidir, dentro de ciertos términos.³⁸

Esto implica para el presente estudio, la capacidad de elección y decisión que tienen cada una de las púerperas de participar voluntariamente, previa información de los beneficios y riesgos que se generan en la investigación, respetando y aceptando cualquiera que sea la decisión de la participante por el equipo investigador.

BENEFICENCIA: Viene del latín bene-facere: hacer el bien. Se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación.

³⁷ MINISALUD, Resolución N° 008430, Bogotá. Colombia. 1993

³⁸ Significados, consultado el 09 de mayo de 2016, Disponible en <http://www.significados.com/autonomia/>

Este principio da origen a normas que estipulan que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes para realizar la investigación y para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.³⁹

Por medio de este estudio se busca beneficiar a las mujeres que están en proceso de parto para que la atención sea integra y humanizada, previa identificación de los derechos de la mujer que son vulnerados por parte del personal de salud que atiende en esta especialidad.

NO MALEFICENCIA Significa condenar todo acto en que se inflija daño en forma deliberada a las personas. El presente estudio no causara ningún daño a la integridad de las participantes, dejando en claro que toda la información recolectada será confidencial y no se revelaran los nombres de las puérperas en la consolidación del trabajo, sino que se citaran mediante un seudónimo con el fin de proteger su identidad.³⁴

JUSTICIA: se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde. En la ética de la investigación con seres humanos el principio se refiere sobre todo a la justicia distributiva, que exige la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en actividades de investigación.³⁴

³⁹ CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS EN BIOÉTICA, *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación, Chile, 2013*

A partir de los criterios estipulados de inclusión, las participantes de la investigación no serán discriminadas por su género, raza, procedencia, condición sociopolítica, cultural o económica, dejando en claro que toda la población, tendrá las mismas posibilidades de ser partícipes en el estudio.

OBJETIVIDAD: Es la imparcialidad y actuación sin prejuicios. Este principio se aplica especialmente cuando se trata de certificar, dictaminar u opinar sobre los estados financieros de cualquier Entidad y está ligado íntimamente con el principio de independencia. La objetividad representa para los auditores, la capacidad éstos para mantener una actitud imparcial, libre de todo sesgo, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio. Este principio ético implica que el auditor en manera alguna subordinará su criterio a la opinión de sus clientes.⁴⁰

CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados.⁴¹

⁴⁰ *PRINCIPIO ÉTICO DE OBJETIVIDAD*, consultado el 05 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse43.html>

⁴¹ *NOREÑA ANA LUCIA*, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, año 12 - vol. 12 n° 3 - chía, Colombia



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI, POPAYÁN,
2016.**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

NATURALEZA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: Esta investigación tiene como objetivo, Identificar la percepción de calidad en la atención y humanización del parto desde los derechos de la mujer durante el año 2016.

PROPOSITO: la presente investigación tiene como objetivo principal:

Solicitar su autorización para participar en la investigación “Percepción de calidad en la atención y humanización del parto desde la perspectiva de los derechos de la mujer 2016”

Contiene los siguientes objetivos específicos

- Describir el perfil socio demográfico de la población sujeto de estudio.
- Identificar en los relatos de las mujeres diferentes manifestaciones de violencia obstétrica.
- Describir las diferentes formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

- Recomendar a los profesionales de enfermería estrategias que permitan garantizar los derechos de las mujeres durante el proceso de atención del trabajo de parto, el parto y el puerperio.

El estudio es asesorado y supervisado por la Directora del Proyecto: GLADYS AMANDA MERA y la Co investigadora ELISA JOJOA TOBAR, además del equipo investigador, el cual está conformado por los siguientes estudiantes de VII semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca: YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ, JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO, MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA, ADRIANA MARIA PAJA CAMPO, JUAN PABLO SUAREZ BRAVO

PROCEDIMIENTO: Si usted acepta participar, los investigadores realizarán un análisis de las percepciones que usted tuvo de la atención brindada por el personal de salud durante todo el proceso del trabajo de parto en la institución que le correspondió.

La investigación toma en cuenta los siguientes principios éticos, para el desarrollo de esta:

AUTONOMÍA: Esto implica para el presente estudio, la capacidad de elección y decisión que tienen cada una de las mujeres de participar voluntariamente, previa información de los beneficios y riesgos que se generan en la investigación, respetando así mismo la decisión de divulgar o no su identidad, en el proceso de divulgación de los resultados

BENEFICIENCIA: Se garantizará la confidencialidad y salvaguarda de la información, los resultados serán empleados para visibilizar esta forma de violencia contra las mujeres y mejorar con ello los procesos de atención en el trabajo de parto, parto y

puerperio, promover el buen trato y los derechos de las mujeres en el marco de esta atención.

NO MALEFICENCIA: El presente estudio no causara ningún daño a la integridad de las participantes, se velará por salvaguardar la información suministrada y la identidad de aquellas mujeres que no quieran que su identidad sea revelada, citándolas mediante un seudónimo con el fin de proteger su identidad

JUSTICIA: A partir de los criterios estipulados de inclusión, las participantes de la investigación no serán discriminadas por su género, raza, procedencia, condición sociopolítica, cultural o económica, por tanto, toda la población sujeta de esta investigación, tendrá las mismas posibilidades de ser partícipes en el estudio.

OBJETIVIDAD: Es la imparcialidad y actuación sin prejuicios. Este principio se aplica especialmente cuando se trata de certificar, dictaminar u opinar sobre los estados financieros de cualquier Entidad y está ligado íntimamente con el principio de independencia. La objetividad representa para los auditores, la capacidad éstos para mantener una actitud imparcial, libre de todo sesgo, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio. Este principio ético implica que el auditor en manera alguna subordinará su criterio a la opinión de sus clientes.

CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados.

RIESGO ASOCIADO A SU PARTICIPACION EN EL ESTUDIO:

Participar en este estudio no conlleva para usted riesgo alguno, ni atenta con su integridad moral, debido a que no se realizara ningún tipo de procedimiento invasivo que genere malestar, según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993.

DECLARACIÓN

Yo, _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación ya que previamente, he leído y escuchado la información proporcionada, además que he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he formulado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera, además que puedo pedir información sobre los resultados del estudio, cuando este haya concluido.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

FECHA _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Investigadores:

YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ

JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO

MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA

ADRIANA MARIA PAJA CAMPO

JUAN PABLO SUAREZ BRAVO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACION

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI, POPAYÁN,
2016.**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

NATURALEZA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: Caracterizar las diferentes formas de violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de marzo en la ciudad de Popayán, segundo semestre de 2016.

Contiene los siguientes objetivos específicos

- Describir el perfil socio demográfico de la población sujeto de estudio.
- Identificar en los relatos de las mujeres diferentes manifestaciones de violencia obstétrica.
- Describir las diferentes formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Recomendar a los profesionales de enfermería estrategias que permitan garantizar los derechos de las mujeres durante el proceso de atención del trabajo de parto, el parto y el puerperio.

El estudio es asesorado y supervisado por la Directora del Proyecto: GLADYS AMANDA MERA y la Co investigadora ELISA JOJOA TOBAR, además del equipo

investigador, el cual está conformado por los siguientes estudiantes de VII semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca: YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ, JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO, MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA, ADRIANA MARIA PAJA CAMPO, JUAN PABLO SUAREZ BRAVO

PROCEDIMIENTO: Si usted acepta participar, los investigadores realizaran grabaciones solamente auditivas de la entrevista que se desarrolle, con el fin de analizar las percepciones que usted tuvo de la atención brindada por el personal de salud durante todo el proceso del trabajo de parto en la institución que le correspondió.

La investigación toma en cuenta los siguientes principios éticos, para el desarrollo de esta:

AUTONOMÍA: Esto implica para el presente estudio, la capacidad de elección y decisión que tienen cada una de las mujeres de participar voluntariamente en las grabaciones, previa información de los beneficios y riesgos que se generan en la investigación, respetando así mismo la decisión de divulgar o no su identidad,

BENEFICIENCIA: Se garantizará la confidencialidad y salvaguarda de la información que se generen en las grabaciones auditivas, donde será utilizadas únicamente con fines de formación y solamente por parte del equipo investigador.

NO MALEFICENCIA: El presente estudio no causara ningún daño a la integridad de las participantes, se velará por salvaguardar la información suministrada y la identidad de aquellas mujeres que no quieran que su identidad sea revelada, citándolas mediante un seudónimo con el fin de proteger su identidad

JUSTICIA: A partir de los criterios estipulados de inclusión, las participantes de la investigación no serán discriminadas por su género, raza, procedencia, condición sociopolítica, cultural o económica, por tanto toda la población sujeto de esta investigación, tendrá las mismas posibilidades de ser partícipes en las grabaciones.

OBJETIVIDAD: Es la imparcialidad y actuación sin prejuicios. Este principio se aplica especialmente cuando se trata de certificar, dictaminar u opinar sobre los estados financieros de cualquier Entidad y está ligado íntimamente con el principio de independencia. La objetividad representa para los auditores, la capacidad éstos para mantener una actitud imparcial, libre de todo sesgo, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio. Este principio ético implica que el auditor en manera alguna subordinará su criterio a la opinión de sus clientes.

CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados.

RIESGO ASOCIADO A SU PARTICIPACION EN EL ESTUDIO:

Participar en este estudio no conlleva para usted riesgo alguno, ni atenta con su integridad moral, debido a que no se realizara ningún tipo de procedimiento invasivo que genere malestar, según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993.



DECLARACIÓN

Yo, _____ Acepto participar voluntariamente en las grabaciones auditivas de esta investigación ya que previamente, he leído y escuchado la información proporcionada, además que he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he formulado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento que ahora presento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

FECHA _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Investigadores:

YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ

JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO

MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA

ADRIANA MARIA PAJA CAMPO

JUAN PABLO SUAREZ BRAVO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FOTO REPORTAJE

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA MUJERES ASISTENTES HOGARES FAMI, POPAYÁN,
2016.**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

NATURALEZA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: Caracterizar las diferentes formas de violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de marzo en la ciudad de Popayán, segundo semestre de 2016.

Contiene los siguientes objetivos específicos

- Describir el perfil socio demográfico de la población sujeto de estudio.
- Identificar en los relatos de las mujeres diferentes manifestaciones de violencia obstétrica.
- Describir las diferentes formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Recomendar a los profesionales de enfermería estrategias que permitan garantizar los derechos de las mujeres durante el proceso de atención del trabajo de parto, el parto y el puerperio.

El estudio es asesorado y supervisado por la Directora del Proyecto: GLADYS AMANDA MERA y la Co investigadora ELISA JOJOA TOBAR, además del equipo

investigador, el cual está conformado por los siguientes estudiantes de VII semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca: YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ, JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO, MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA, ADRIANA MARIA PAJA CAMPO, JUAN PABLO SUAREZ BRAVO

PROCEDIMIENTO: Si usted acepta participar, los investigadores realizarán una foto reportaje con la historia que nos relate, con el fin de evidenciar las vivencias que tuvo en la atención brindada por el personal de salud durante todo el proceso del trabajo de parto en la institución que le correspondió.

La investigación toma en cuenta los siguientes principios éticos, para el desarrollo de esta:

AUTONOMÍA: Esto implica para el presente estudio, la capacidad de elección y decisión que tienen cada una de las mujeres de participar voluntariamente en el foto reportaje, previa información de los beneficios y riesgos que se generan en la investigación, respetando así mismo la decisión de divulgar o no su identidad,

BENEFICIENCIA: Se garantizará la confidencialidad de la identidad en el foto reportaje, donde usted podrá contribuir con su historia de vida al mejoramiento de la calidad en la atención por parte del personal de salud en la atención del trabajo de parto y post parto.

NO MALEFICENCIA: El presente estudio no causará ningún daño a la integridad de las participantes, se velará por salvaguardar la información suministrada y la identidad de aquellas mujeres que no quieran que su identidad sea revelada, citándolas mediante un seudónimo con el fin de proteger su identidad

JUSTICIA: A partir de los criterios estipulados de inclusión, las participantes de la investigación no serán discriminadas por su género, raza, procedencia, condición sociopolítica, cultural o económica, por tanto toda la población sujeto de esta investigación, tendrá las mismas posibilidades de ser partícipes en el foto reportaje con su historia de vida.

OBJETIVIDAD: Es la imparcialidad y actuación sin prejuicios. Este principio se aplica especialmente cuando se trata de certificar, dictaminar u opinar sobre los estados financieros de cualquier Entidad y está ligado íntimamente con el principio de independencia. La objetividad representa para los auditores, la capacidad éstos para mantener una actitud imparcial, libre de todo sesgo, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio. Este principio ético implica que el auditor en manera alguna subordinará su criterio la opinión de sus clientes.

CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados.

RIESGO ASOCIADO A SU PARTICIPACION EN EL ESTUDIO:

Participar en este estudio no conlleva para usted riesgo alguno, ni atenta con su integridad moral, debido a que no se realizara ningún tipo de procedimiento invasivo que genere malestar, según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993.

DECLARACIÓN

Yo, _____ Acepto participar voluntariamente en la foto reportaje de esta investigación ya que previamente, he leído y escuchado la información proporcionada, además que he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he formulado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento que ahora presento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

FECHA _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Investigadores:

YULER DARIO CUCHUME SANCHEZ

JENIFER BRIYITH LEDESMA RENGIFO

MARIA CRISTINA MUÑOZ MOSQUERA

ADRIANA MARIA PAJA CAMPO

JUAN PABLO SUAREZ BRAVO

14, PRESUPUESTO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA						
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD						
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA						
Título: Caracterización de la violencia obstétrica en mujeres que asisten a los Hogares FAMI de la Asociación 31 de Marzo en la ciudad de Popayán, segundo semestre de 2016.						
Tabla A. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)						
		FUENTES				
RUBROS	FINANCIACIÓN CONV. XI	UNIVERSIDAD DEL CAUCA		RECURSOS PROPIOS DEL GRUPO DE INVESTIGACION		TOTAL
		EFECTIVO	ESPECIE	EFECTIVO	ESPECIE	
PERSONAL	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 4.763.657,29	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 4.763.657,29
EQUIPOS	\$ 1.730.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.730.000,00
MATERIALES	\$ 1.136.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.136.000,00
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$ 809.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 809.000,00
SERVICIOS TÉCNICOS	\$ 2.500.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 2.500.000,00
VIAJES	\$ 4.035.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 4.035.000,00
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	\$ 290.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 290.000,00
SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS	\$ 10.500.000,00	\$ 0,00	\$ 4.763.657,29	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 15.263.657,29
ADMINISTRACION		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL	\$ 10.500.000,00	\$ 0,00	\$ 4.763.657,29	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 15.263.657,29

15.CRONOGRAMA

PROYECTO DE INVESTIGACION VIOLENCIA OBSTETRICA													
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
ACTIVIDADES	2016												
	MARZO	ABRIL				MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Asesoría por docente investigador	x	x	x	x									
Elaboración del perfil de investigación	x	x	x	x	x	x	x						
Sustentación en plenaria de anteproyecto					x								
Reconocimiento de la población a estudio						x							
Revisión de instrumento de recolección de información por expertos.						x	x						
Concertación con las madres FAMI para identificar las madres participantes del estudio						x							
Ejecución de la prueba piloto del instrumento de recolección de información						x							
Concertación para la obtención de consentimiento informado								x	x				
Recolección de información en terreno .								x	x	x			
Sistematización de la información obtenida a través del diario de campo y la observación participante										x	x	x	x
Visita Fundación Camino Claro (Bucaramanga) para recibir asesoría del abordaje de violencia obstétrica												x	
Socialización de la información obtenida en la visita a la Fundación Camino Claro con el grupo de madres FAMI												x	
Realización de fotoreportaje, crónica y documental con vivencias que ilustren la Violencia Obstétrica												x	x
Socialización de resultados													x

PROYECTO DE INVESTIGACION VIOLENCIA OBSTETRICA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2017											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Presentación de una ponencia en un evento académico local y/o nacional		x x										
Presentacion de Foro dirigido a academia, las instituciones de salud y las organizaciones comunitarias			x x	x x								
Presentacion de fotoreportaje y documental sobre las principales vivencias de Violencia Obstetrica			x x	x x								
Publicacion por medio de programa radial sobre las conclusiones del proyecto de investigación sobre Violencia Obstetrica						x x						
Construccion del artículo de investigacion sobre Violencia obstetrica								x x x x x x x				
Publicación del articulo sobre Violencia Obstetrica											x x x x	

16. CATEGORIAS DE INFORMACION DE INFORMANTES CULTURALES

CATEGORÍAS	SUB CATEGORÍAS	PLANTEADO	RELATOS
VIOLENCIA INSTITUCIONAL	Inconformidad en la atención	Políticas institucionales que no satisfacen las necesidades de las gestantes en el proceso del parto.	<p>--- ya empezaron a pasar estudiantes y a cada rato me hacían tacto y eso es maluco e incómodo para uno y a cada rato...yo tenía mucha sed, y les pedía que me regalaran agua y que no por de pronto podía hiperventilar -- informante cultural 1</p>
			<p>Con mucho dolor y de una me subieron a la sala de ginecología, ahí me tuvieron monitoreando y colocando medicamentos --ah "sí" sangraba mucho por el tacto vaginal, la doctora me explicaba que debía hacerlo para saber si era el momento o no. ---Informante cultural 3</p>
			<p>--- Me realizaron muchos tactos , el sábad,el domingo como siete ..me sentía incómoda.. a cada rato tactos de los médico y un pasante.. el medico sacaba la mano y luego al pasante -- y mire es así, vea así es... aquí esta y mire! .. la</p>

	Políticas institucionales		<p>verdad muy incómodo. informante cultural 2.</p> <p>--Muchos tactos vaginales y además que entraban los estudiantes sin pedirme permiso, si yo quería que ellos estuvieran ahí, simplemente entraban y miraban. - -Informante cultural 10</p> <p>--Me hubiera estar acompañada por mi mamá o por el papá de mis hijos.. Porque es un apoyo a uno le gusta tener a la mamá porque ya ha pasado por esto no lo manifesté porque suponía que no podía estar acompañada...no me dijeron. --- informante cultural</p> <p>.. No estaba cómoda, si solamente acostada, intente pararme y estar como de rodillas porque así el dolor era como menos (dolor de las contracciones), pero me regañaron (el personal de salud), porque de acuerdo a eso él bebe se me podía venir (acelerar el proceso de parto), y se me podía golpear, pero pues me dijeron que no (personal de salud) y si me regañaron varias veces. -- informante cultal 8.</p> <p>Yo pensé que iba a dejar al papá de mi bebe o a mi hermana (pensaba que el</p>
--	------------------------------	--	--

			<p>personal de salud iba a autorizar el ingreso de los familiares para el acompañamiento continuo a la madre en el trabajo de parto y parto), para que grabaran como el niño nacía y todo eso, pero no, no me dejaron (el personal de salud) ni tener un teléfono ni nada y no dejaron pasar a mi mamá que estaba en la sala de espera, y yo sola. --Informante cultural 8</p>
			<p>---Yo dije (le dijo al personal de salud) que si uno se ponía en forma de cuatro el dolor es menos (dolor de las contracciones), y él bebe puede nacer fácil, pero no, eso fue solamente, acostada y acostada, y eso no me dejaron elegir, --- informante cultural 8</p>
			<p>---Eso sí es lo único porque a veces no dejan entrar y uno necesita más ayuda y ese apoyo y uno estar como solo allá, eso allá no deja, que siempre los familiares tienen que esperar afuera (acompañamiento por parte de familiar durante el trabajo de parto y parto) --Eso sí me gustaría que cambiara, que permitieran que el papá estuviera ahí presente. -- Informante cultural11</p>
VIOLENCIA	Indiferencia frente a	Inconformidad con la	<p>--- con mi bebe me tocó llamar la doctora porque mi bebe iba para afuera, ellas (personal de salud) se agarran a conversar a chatear y no le tienen en cuenta a</p>

PSICOLOGICA	solicitudes o reclamos	atención en salud recibida durante el trabajo de parto.	uno que está en proceso de parto lo dejan mucho tiempo sola - (gestante en trabajo de parto que estaba en ese momento no habia presencia de personal de salud) -- informante cultural 1
			Me gustaría una atención mejor tanto para uno como para las demás, estar más pendientes --ellos (personal de salud) deberían decirle a uno no es tiempo.. la dejaban mucho tiempo sola .. la oían quejar(gestante en trabajo de parto que compartia sala) y lo que hacían era burlase por allá... que esta muchacha si se queja!, que si llora!.. que no es tiempo! eran los que le ponen a uno para que le estén revisando los enfermeros auxiliares de enfermería ... y le mandan pediatra y ellas también llegan tarde cuando ha pasado 1 o 2 días.. jummm ni siquiera se asoman. informante cultural 1
			---Gestante frente a expectativas de atencion .. No sé.. Me gustaría que me dijeran todo va a estar bien .. o respira, fuerza!!... en ningún momento me lo dijeron. Pero no..uno ve otra trato diferente, en ningún momento me lo dijeron. - --informante cultural 4

	<p>Negligencia médica en la atención al trabajo de parto</p>		<p>--- Gestante que consulta a nivel de mayor complejidad y la envían a consultar a nivel I de atención que le queda cerca al domicilio..No! así le den los dolores debe ir allá... le dije me parece mejor (atención de mayor complejidad)... uno viene acá que se supone la atención es mejor y por qué en caso tal uno no sabe una complicación y el parto como puede ir, de ahí que lo pasen allá .. a mí me ha pasado .. entonces .y ese señor me regañó.-- informante cultural 5</p> <p>---llevaron la camilla para llevarme a sala de parto pero la dejaron ahí porque decían que todavía no y ellos se fueron por ahí hablar a seguir en lo que estaban, cuando la enfermera se dio cuenta que salía la niña grito y ya todos fueron no me llevaron a sala de partos la niña nació ahí en la camilla y ellos ya taparon para que no miraran las otras mamás.-- informante cultural 6</p> <p>...Yo llegue a la clínica y fue totalmente diferente, tras de que yo pedía colaboración (al personal de salud), que me ayudaran para saber cómo pujar para que no me doliera pero pues me dijeron – ¡ahiii usted debe saber cuándo usted fue a los controles, me imagino que allá le explicaron (manejo de técnicas de respiración)- y todo eso-, pero allá (controles prenatales) no me explicaron</p>
--	--	--	---

			<p>nada de eso, solamente fui al control pero pues no me dijeron como pujar, como aguantar la respiración ni nada de eso.---informante cultural 8</p>
	<p>Insensibilidad ante el dolor</p>		<p>--Respecto al trato que le brindó el personal de salud --(la atención de salud), después no le ponían atención a uno (el personal de salud), yo estaba con más madres, las auxiliares se agarraban solo con el celular, los médicos me decían que me tranquilizara porque si no iba a ser peor, sino me calmaba me iban hacer cesárea. --informante cultural 8</p> <p>---gestante frente a procedimientos realizados sin consentimiento --Muchos tactos vaginales y además que entraban los estudiantes sin pedirme permiso, si yo quería que ellos estuvieran ahí, simplemente entraban y miraban. --Informante cultural 9.</p> <p>--Los tactos, el médico y las enfermeras, a mi más que todo me toco con estudiantes, uno desde que este con los dolores no se pone a ver eso, hubiera sido bueno que fuera una sola persona porque hay veces uno se siente incómodo, de uno y otro, más que uno esta adolorida, eso sí es incómodo para</p>

			uno. -- informante cultural 11.
	indiferencia frente a solicitudes o reclamos	Críticas e impedimento de las gestantes para expresarse libremente.	<p>---Mi miedo a que mi hijo fuera a nacer muerto... ya no lo sentía... no manifestaba porque le decían - ¡hay mamá deje la bulla!! Entonces como que no te dejan hablar y si vas hablar por tu compañerita (gestante comparte sala partos) ... -¡hay mamita eso es de cada una!... y a uno le pasan los dolores y va hablar por la otra compañerita entonces ... hay mamá ,quietica ahí, no se mueva no hable!! --- informante cultural 2</p> <p>---Para manejar el dolor me gustaría que me hubieran adelantado el parto... no lo pude manifestar... no se prestaba la comunicación!!... no estaban ahí presentes,(pesonal de salud), me dejaron sola el tiempo de los dolores -- informante cultural 4.</p> <p>-- uno allá no puede decir nada, porque si uno se queja le dicen que usted no sabe!!! nosotros somos los médicos, que nosotros somos lo que sabemos</p>

		<p>entonces son cosas que uno tiene que aguantar y estarce callado hasta que ya .. pedirle a Dios que lo saque adelante con su hijo --- informante cultural 1</p>
		<p>.. y no, ¡deje de quejarse tanto! --porque con un dolor y eso es maluco y uno se siente mal... a mí me dicen una cosa de esas yo quedo para no volverme a quejar porque a ellos (personal de salud), no les gusta que uno se queje , que les diga nada!... uno se queja porque le duele, (madre presencia este acto con otra gestante que comparte sala partos)--- informante cultural 1</p>
		<p>yo me desesperaba porque ella se sentía mal, incómoda y los doctores lo que hacían era regañarla, le decían ¡no se queje tanto! Gestante presencia acto contra otra gestante que comparte sala partos) informante cultural 1</p>
		<p>...Y uno irse a quejar.. no! Si eso la que se queja la empiezan a regañar, había una muchacha parecía primeriza se quejaba muchísimo y ella gritaba.. - hayy Dios...estos dolores ..por favor! – los doctores les daba risa y decían --! hay no mija hay si Dios ..pero cuando se ponen abrir las piernas hay si ! no es Dios mío! Solo que rico!!!... vea acá es lo bueno! -- informante cultural 5</p>

negligencia médica en la atención al trabajo de parto		----“No lo hice” porque: “porque allá todo el mundo es igual entonces así uno le diga a quien le diga no hacen algo diferente entonces para que uno hacerse coger rabia” -- gestante que no manifesto a otra persona la incomodidad de haberla dejado allá sola o que en algún momento recibió un trato diferente -- informante cultural 7
Sumisión		Pues a mí ahí veces no me gusta que critican cuando uno se queja del dolor, hay veces como que dicen nadie la mando y bueno, eso sí deberían de cambiar, porque cada persona siente. A mí no me dijeron, pero si escuche a las demás mamitas.-- informante cultural 11.
	violencia sexual	-- lo que no me gusto fue que un ginecólogo se sentó a mi lado y me dijo que si a la hora en el que él me tocaba en el tacto yo sentía placer, y eso me incomodo mucho y me dio miedo. --Informante cultural 10
Actitudes deshumanizantes	trato inadecuado del personal	... Informante que comparte sala partos y presencia el trato del personal de salud hacia otra gestante --- el bebé ya le estaba naciendo en ese momento no la llevaron a la sala de partos por que estaba ocupada, ya le estaba saliendo la cabeza y ella volvía y lo..la doctora decía mamá puje, mamá puje!... y ella no

		de salud	<p>podía ... la doctora le dijo ahhh entonces que se muera!! Porque usted no quiere ayudar y esa muchacha decía ¿doctora, doctora mi mi hijo se va a morir?- ella decía pero es que usted no se ayuda! - puje! ---informante cultural 2</p>
			<p>--- La ginecóloga muy malgeniada, mala gente, me atendió de mala gana, cuando iba hacer el tacto -- abra esas piernas rapidito...rapidito, corra la cola!!!... de mala gana; los enfermeros me trataron bien ---informante cultural 2.</p>
			<p>---Gestante frente a expectativas de atención .. No sé.. Me gustaría que me dijeran todo va a estar bien .. o respira, fuerza!!... en ningún momento me lo dijeron. Pero no..uno ve otra trato diferente, en ningún momento me lo dijeron. - --informante cultural 4</p>
			<p>-- La atención de la auxiliar de enfermería fue bien .. del ginecólogo si me pareció no se un trato ... pues uno espera que sea más amable, como mamita... pero no eso es como venga me pongo los guantes y tan..tan y ya no es hora y váyase que no, como muy desatento ..no sé ...no me pareció --informante cultural 5</p>

		<p>--- El tiempo la dejaban sola en ese último cuarto: “Bastante eso cuando yo gritaba solo iban a regañarme, pues si mientras yo no gritara o pidiera auxilio no se iban asomar”.-- y me pareció muy arrogante la persona que me toco porque pues solo uno sabe el dolor que está sintiendo así ellas sean mamás (madres que ya han experimentado un parto) -- decía la ginecóloga a no déjenla allá, porque quien la manda que este gritando entonces déjenla allá que la tenga si es que lo va a tener. Ese momento fue como duro como angustiante porque uno espera como el apoyo de ellos, pero no fue así”-- informante cultural 7</p>
		<p>---cuando yo estaba pujando le dije a una enfermera que me ayudara.....yo ya no podía más, entonces fue algo como grosero porque ella me dijo --Jmmmm pues la frase que me dijeron que, -así como cuando yo lo estaba haciendo no gritaba-, o como: -para que se pone a tener hijos-, o –puje-. Ósea la verdad no, yo diría que fuera diferente, (madre frente a la atención del personal de salud) -- informante cultural 8</p>
		<p>Yo siento que hice un mal trabajo (trabajo de parto), porque hubo una enfermera que me mato la moral, porque me dijo -así como lo hizo, ahora puje, pero que no</p>

			grite, que nada le sirve-, y yo me sentí muy mal sin ganas ni nada ---informante cultal 8
		violencia verbal	<p>...Y uno irse a quejar.. no! Si eso la que se queja la empiezan a regañar, había una muchacha parecía primeriza se quejaba muchísimo y ella gritaba.. - hayy Dios...estos dolores ..por favor! – los doctores les daba risa y decían --! hay no hija hay si Dios ..pero cuando se ponen abrir las piernas hay si ! no es Dios mío! Solo que rico!!!... vea acá es lo bueno! -- informante cultural 5</p> <p>--las otras dos gritaban (gestantes que compartian sala partos) que hasta a mí me aturdían pues yo no gritaba ellas si, a una muchacha le dijo ¡usted pensaba que esto era como tirar una pepa de guama? -, así no!, así no son las cosas le dijo, usted viene acá y tiene que esperar, así aprende a valorar a su mama!! le decían porque ella gritaba y appena va en dos que va hacer cuando este en diez”- -- informante cultural 6</p> <p>---cuando yo estaba pujando le dije a una enfermera que me ayudara que yo estaba pujando, pero la verdad yo ya no podía más, entonces fue algo como grosero porque ella me dijo –así como cuando usted lo estaba haciendo porque</p>

		<p>no lo saca-, todo eso, en vez de darle a uno ánimo, de que fuera a pujar bien, lo frenaban a uno, entonces no me pareció. -- informante cultural 8</p>
		<p>frases nunca le deberían decir a una mujer mientras la están atendiendo -Que para que abría las patas antes y acá si se ponía a gritar (el personal de salud hacia esos comentarios a la madre)-- ---integrante cultural 9</p>

17. RESULTADOS

La violencia obstétrica se define como el conjunto de prácticas, comportamientos y actitudes, que afectan a la gestante de modo negativo en el desarrollo de su trabajo de parto, parto y puerperio.

Partiendo desde este punto entonces podemos determinar las formas de violencia más comunes que se encontraron en este estudio y tienen parte en el desarrollo del proceso obstétrico, siendo estas: 1) la violencia institucional y 2) la violencia psicológica, los anteriores tipos de violencia claramente identificadas por diferentes estudios de investigación previos que reafirman el diario vivir de la gran mayoría de mujeres en la culminación de su gestación. Tal como lo manifiesta **Quevedo Paula** en su tesis ***Violencia obstétrica: una manifestación oculta a la desigualdad de género. 2012.***

La violencia institucional fue evidenciada en mayor proporción con respecto a la violencia verbal y fue posible dividirla en subcategorías representadas correspondientemente según su frecuencia de aparición en los relatos de las informantes así: en primera instancia las políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el evento obstétrico, y en segundo lugar la inconformidad con la atención recibida durante el trabajo de parto.

Por otra parte, en la violencia psicológica los resultados de investigación arrojaron que la forma de violencia psicológica más común y evidenciada, hace referencia a las críticas e impedimentos ante las expresiones de las gestantes, seguido del trato inadecuado por parte del personal de salud y la violencia verbal explícita.

Como un resultado emergente y preocupante en los estudios sobre violencia obstétrica, en esta investigación se encontró un caso de violencia sexual; la que se determina como cualquier tipo de comportamientos que buscan la coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual, y manifestado por comentarios o insinuaciones sexuales en medio del desarrollo del proceso obstétrico.

La violencia obstétrica se define como el conjunto de prácticas, comportamientos y actitudes, que afectan a la gestante de modo negativo en el desarrollo de su trabajo de parto, parto y puerperio.

Partiendo desde este punto entonces podemos determinar las formas de violencia más comunes que se encontraron en este estudio y tienen parte en el desarrollo del proceso obstétrico, siendo estas: 1) la violencia institucional y 2) la violencia psicológica, los anteriores tipos de violencia claramente identificadas por diferentes estudios de investigación previos que reafirman el diario vivir de la gran mayoría de mujeres en la culminación de su gestación. Tal como lo manifiesta **Quevedo Paula** en su tesis ***Violencia obstétrica: una manifestación oculta a la desigualdad de género. 2012.***

La violencia institucional fue evidenciada en mayor proporción con respecto a la violencia verbal y fue posible dividirla en subcategorías representadas correspondientemente según su frecuencia de aparición en los relatos de las informantes así: en primera instancia las políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el evento obstétrico, y en segundo lugar la inconformidad con la atención recibida durante el trabajo de parto.

Por otra parte, en la violencia psicológica los resultados de investigación arrojaron que la forma de violencia psicológica más común y evidenciada, hace referencia a las críticas e impedimentos ante las expresiones de las gestantes, seguido del trato inadecuado por parte del personal de salud y la violencia verbal explícita.

Como un resultado emergente y preocupante en los estudios sobre violencia obstétrica, en esta investigación se encontró un caso de violencia sexual; la que se determina como cualquier tipo de comportamientos que buscan la coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual, y manifestado por comentarios o insinuaciones sexuales en medio del desarrollo del proceso obstétrico.

POLITICAS INSTITUCIONALES QUE NO SATISFACEN LAS NECESIDADES DE LAS GESTANTES EN EL PROCESO DEL PARTO.

Las políticas institucionales son decisiones escritas que se establecen como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos, en las instituciones de salud juegan un papel importante la garantía de los derechos humanos de las mujeres durante los procesos de atención del trabajo de parto y parto, contribuyendo a una atención de calidad y humanizada que permita que el proceso vital del nacimiento sea para la mujer su pareja y recién nacido una experiencia respetada, cálida y gratificante. Sin embargo, los rígidos marcos institucionales vulneran con frecuencia la posibilidad de vivir el parto como una experiencia de familia y del encuentro de la mujer con su esencia misma desde el ejercicio de la maternidad.

Este trabajo da cuenta cómo algunas políticas institucionales relacionadas con el ejercicio docente generan inconformidades durante la atención en el trabajo de parto al no estar reguladas o no ser explícitamente consentidas por las gestantes, particularmente en lo referido al tacto para evaluar la dilatación, que en ocasiones se realiza de manera repetitiva por diferentes personas sin tener en cuenta su consentimiento para el procedimiento, el pudor, el dolor ni la molestia de la paciente; esta característica también es encontrada por Quevedo, en su estudio “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género”. En el que se evidencia la *“vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas”*.

Teniendo en cuenta que algunos hospitales son universitarios o realizan convenios con universidades para realizar sus prácticas, no se pretende terminar con estos convenios sino fortalecer una mejor comunicación entre estudiantes y gestantes para brindar una atención adecuada con el consentimiento de la misma, siempre protegiendo su intimidad y sus derechos como persona. Las informantes revelan sus experiencias, sobre este tema así: ***“También meten mucho aprendiz y para una muchacha va le hace tacto el uno y va el otro”*** (informante cultural 1); ***“Uno desde que este con los dolores no se pone a ver eso, hubiera sido bueno que fuera una sola persona***

porque hay veces uno se siente incómodo” (informante cultural 2) (Refiriéndose a que personas diferentes le hagan el tacto vaginal).

La falta de comunicación asertiva entre paciente y personal de salud, el bajo nivel de empoderamiento de las mujeres y el desconocimiento de sus derechos, el rol pasivo que se le asigna a la pareja durante el proceso de atención; hacen parte de las dinámicas institucionales y a una relación inequitativa entre personal de salud y gestante, que incrementa la ansiedad, la percepción de soledad e impotencia, y en algunas ocasiones asociar una experiencia que debería ser única y significativa con sufrimiento físico y emocional o como una mala experiencia. Así mismo, el acompañamiento de la pareja o una persona de confianza que, de apoyo emocional, espiritual y físico en este tránsito vital, es especialmente significativo para la mujer, quien debe permanecer por un tiempo indeterminado en la institución hospitalaria que cuenta con un personal de salud que por las labores asignadas se limita a la atención de las necesidades fisiológicas, sin lograr establecer un vínculo significativo en el marco de los procesos de atención.

Estas situaciones fueron descritas también por Arguedas Ramírez en el artículo de “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” donde refiere que “*La mujer embarazada es confinada al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se les informa a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. De igual forma, el compañero de la mujer, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, es considerado un estorbo en este escenario*”.

En este sentido, la atención prestada a las gestantes debe ser integral en la cual se valore su entorno, sus sentimientos, emociones y las vivencias de esta experiencia única en el marco de la garantía de su derecho a ser informada y a decidir autónomamente en las dinámicas de su proceso de trabajo de parto y parto. Esta investigación encontró como en algunas ocasiones las informantes sintieron estas carencias manifestando que: **“Sí, me hubiera gustado tener compañía. Porque uno no se siente solo le da como más fuerza estar con alguien que le ayude, que le de la mano, aunque sea para morderlo”** (Informante cultural 3), **“Necesita como más ayuda y ese apoyo, y uno estar como solo allá, eso allá no dejan (entrar acompañante), que siempre los familiares tienen que esperar afuera”**. (Informante cultural 4)

OMISION DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA AUTONOMIA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA GESTANTANTE Y SU FAMILIA EN EL PROCESO DEL PARTO

Cada parto es único incluso para las mujeres que ya han vivido esta experiencia, por tanto la necesidad de estar informada sobre las decisiones que se tomen sobre su cuerpo y su proceso de parto, contribuye a disminuir los niveles de ansiedad, a tener un rol activo dentro del proceso de atención, a construir relaciones más equitativas con el personal de salud y atender efectivamente a sus solicitudes. Esta investigación encontró que las mujeres no reciben información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto y parto durante los controles prenatales, que por lo general son realizados por el personal médico que no dispone de tiempo suficiente para brindar educación en el

marco de la consulta prenatal, además no existe una oferta suficiente de cursos de preparación para gestantes.

Por otra parte, los protocolos institucionales solo consideran la posición de litotomía para la atención del parto, aun cuando existe evidencia científica que favorece la adopción de otras posiciones para su atención, las cuales deberían adoptarse de acuerdo a las necesidades manifiestas de la gestantes según su cultura y confort. Los relatos de esta investigación dan cuenta del desconocimiento que tienen las mismas gestantes para adoptar otras posiciones en el momento del parto y de la imposibilidad de decidir autónomamente por una posición para parir.

Frente a esto Belli, en su artículo "*La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*", expresa que: "Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical".

De igual forma, la autora da a conocer la normatividad vigente en diversos países latinoamericanos, la cual brinda herramientas para la protección integral de las mujeres en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, estableciendo derechos fundamentales como: "ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas".

El artículo "*Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica*", realizado por Camacaro y colaboradores, donde se analiza las conductas

de rutina obstétrica pautadas en la sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay Venezuela, se evidencia que:

“Al 80% de las embarazadas se les aplico oxitócicos y de ese grupo al 88,3% no se les solicitó consentimiento informado para la aplicación del mismo, violando así su derecho de estar informadas sobre los procedimientos que están siendo aplicados a su cuerpo. La imposición de estas normas responde a la necesidad de acelerar el proceso, no solo para asegurar el trabajo del equipo médico, sino para tener camas disponibles dada la enorme demanda de atención pública”.

En relación a estos aspectos, las percepciones de las gestantes entrevistadas fueron las siguientes:

- *“No me dijeron como pujar, nada, ni mucho menos, yo llegue a la clínica y fue totalmente diferente, tras de que yo pedía colaboración, que me ayudaran para saber cómo pujar para que no me doliera pero pues me dijeron – hay usted debe saber cuándo usted fue a los controles me imagino que allá le explicaron”.*
- *“No sentí dolor por lo que a uno le aplican la anestesia y cuando le pasa ya es muy doloroso... antes si dolía mucho pero no sufrí mucho... no recibí apoyo ni me explicaron”.*
- *“Si, solamente colocaban los medicamentos y ya se iban, no me explicaban para que era..”.*
- *” No, ellos me indicaron la posición (cesárea). Me hubiera gustado, pero no sé (Una posición diferente)”.*

- *“Yo dije que si uno se ponía en forma de cuatro el dolor es menos, y él bebe puede nacer fácil, pero no, eso fue solamente, acostada y acostada, y eso no me dejaron elegir”.*
- *“A mi acostada, eso no me dijeron nada, me pasaron de una camilla a otra con una pierna acá y la otra allá y puje”*
- *“Pues como a uno le dicen los médicos, como ellos lo ponen a uno, en esa posición que me colocaron los médicos, solo he conocido apenas esa posición”.*

INCONFORMIDAD CON LA ATENCION EN SALUD RECIBIDA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Cuando el periodo de gestación está por culminar, las gestantes manifiestan grandes expectativas de cómo será la experiencia en el proceso del nacimiento de su hijo, ponen su confianza, miedos y temores en el personal de salud, quienes son los encargados de garantizar la salud del binomio madre e hijo y evitar las complicaciones durante la atención.

La atención que reciben las madres debe propender por ser integral y de calidad por parte de todo el personal desde el momento de su llegada a la institución de salud. Los funcionarios que las reciban, los encargados de facturar el ingreso, los médicos que las valoran, los enfermeros que cuidan de ellas y los auxiliares de enfermería a cargo tienen la obligación de realizar las intervenciones necesarias de manera ágil y oportuna para garantizar el bienestar de la paciente, en su condición de trabajo de parto y parto, teniendo presente el protocolo que cada institución adopte frente a este servicio.

Para hablar de calidad en la atención Vela Coral⁴² plantea que: *“se debe describir dos componentes; uno intrínseco relacionado a la capacidad, destreza técnica y tecnología y otro extrínseco relacionado con el componente humano, trato con el paciente y sus familiares”*, esto nos permite visualizar un panorama más amplio en la atención, ya que no solo está centrando en las necesidades fisiológicas que presenta la paciente por su condición, sino que también toma en cuenta sus sentimientos y emociones generando un cuidado humanizado, a partir de las necesidades que pueda manifestar cada mujer según su contexto socio cultural, además Sampaio A. y col⁴³ refiere que: *“las necesidades y expectativas de las gestantes acerca de la atención de parto giran en torno a necesidades afectivas como cariño, atención, afecto y comprensión, dichas necesidades deben ser satisfechas por el profesional de la salud o por el contrario permitiendo la compañía de familiares o acompañante emocionalmente significativo”* para garantizar un cuidado oportuno, efectivo, eficiente, de alta de calidad y humano con miras a la satisfacción de las expectativas de la gestante y manteniendo el máximo bienestar del binomio madre-hijo.

Sin embargo, en esta investigación se evidencio por medio de las entrevistas a las madres, que la atención prestada en las instituciones de salud en su mayoría no cumplió con las expectativas, pasaron por alto muchos de los componentes de una atención humanizada y en ellos la vulneración de los derechos de estas mujeres; se evidenció: demoras innecesarias, descuido en la atención de los requerimientos de las necesidades que presentaban en el trascurso de su estadía, discriminación, trato

⁴² Vela Coral. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril “2015

⁴³ Sampaio A, De Vasconcelos A, Ferreira E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma o realidad ?. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008;73(3):185-191.

denigrante, subordinación, entre otras situaciones que las mujeres manifestaron en sus relatos.

A continuación, se presentan algunos apartes de los relatos de las mujeres que fueron entrevistadas donde manifiestan la inconformidad en la atención recibida durante el trabajo de parto siendo esto una evidencia de las falencias que tienen las diferentes instituciones de salud para garantizar los derechos de las mujeres, en el marco de los procesos de atención en salud.

- “Se demoraron al recibirme, o sea en vez de darle prioridad a las que ya estamos en trabajo de parto, se demoraron, eso me toco pararme para decir que ya yo había rompido fuente.”
- “De un momento a otro cuando fui al baño oriné sangre, salí y revente fuente. Fui al hospital y el ginecólogo me revisó y me iba a mandar para la casa a pesar que estaba sangrando.”
- “No podía estar bien ni nada porque tenía muchos dolores, y cuando llego el relevo, otro médico estaba dormido en una camilla, y lo fueron a despertar para que el estuviera pendiente de mí, pero al contrario toda la noche yo estuve sola.”
- “Me dijeron que no estaba una muchacha que me tenía que recibir, entonces se demoró mucho, yo parada allá con la barriga, porque ya a mi marido no le hacían caso.”
- “Fue una ginecóloga y me dijo: -que me dejaran que lo tuviera allá, que para que me ponía hacer escándalo- y yo le decía -pero es que yo ya siento que ella va a nacer- y ella me decía que -todavía no a nacer si usted está en seis de

dilatación-, -no yo siento que ya va a nacer, quiero hacer del cuerpo- le decía y ella me decía -pues hágase ahí- cuando vino un ginecólogo y me metió la mano dijo -no, esa niña ya va a nacer-, inmediatamente me acostaron en una camilla y cuando iba entrando a sala de partos ella salió”

- “Muchos tactos vaginales y además que entraban los estudiantes sin pedirme permiso, si yo quería que ellos estuvieran ahí, simplemente entraban y miraban”
Subir....
- “No se presentaron espacios para hablar de los miedos con el personal de salud”
- “Otras dos mamitas gritaban que hasta a mí me aturdían pues yo no gritaba y ellas si, a una muchacha le dijeron usted pensaba que esto era como tirar una pepa de guama, así no, así no son las cosas le dijo, usted viene acá y tiene que esperar, así aprende a valorar a su mamá”
- “Pues a mí ahí veces no me gusta que hay veces critican cuando uno se queja del dolor uno hay veces como que dicen nadie la mando y bueno, eso sí deberían de cambiar eso, porque cada persona siente. A mí no me dijeron, pero si escuche a las demás mamitas”

VIOLENCIA VERBAL

El trabajo del parto es quizás una de las experiencias que deja en la mujer una huella única e imborrable, no solo por la llegada de un nuevo ser a su vida, sino también por el paso a paso que debe desarrollar la madre cuando su hijo(a) aun se encuentre en su vientre, es en este periodo de tiempo donde la parturienta se encuentra de cierto modo vulnerable al dolor, temores y miedos, por lo que se hace primordial la

necesidad de recibir apoyo el cual no solo puede ser dado de modo físico o informativo sino también este apoyo puede ser intangible, de modo que la parturienta pueda sentir una presencia continuada en el parto basada en actitudes del común, tales como; una actitud empática, amable, paciente y respetuosa que incluye el cuidado del lenguaje verbal y no verbal. Este apoyo sirve para potenciar la autoconfianza, reforzar, escuchar, animar, felicitar y ayudar a tranquilizar a la gestante de ser necesario.

En concordancia con lo anterior esta investigación nos arroja algunos testimonios que hacen énfasis en acciones verbales que en su mayoría son provocadas por el personal de salud llevándonos en un total contracorriente al apoyo que necesita recibir una parturienta, poniendo en evidencia el cuidado integral y humanizado que debe ser el ideal de la atención de las instituciones de salud y su personal hacia cada persona que asista bajo cualquier situación en salud.

Frente a esta situación, Laura Belli en su artículo ***La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*** da a conocer en sus resultados de investigación que la violencia verbal es una de los tipos de violencia más comunes y reiteradas en las que incurre el personal de salud, Así: ***La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por***

haber sentido placer al momento del acto sexual)”⁴⁴ adicional a esto la autora hace un reconocimiento a algunas legislaciones entorno a la violencia obstétrica en algunos países del continente americano

Se encontró también en el artículo ***Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto publicado por Valdez-Santiago***, donde se evidencia la percepción de maltrato psicológico (verbal) que el equipo de salud da a las parturientas por medio de sus indagaciones así: ***Al preguntar a las mujeres si se habían sentido maltratadas por alguien del personal de salud, 11% de ellas respondió afirmativamente (Cuadro 3). Esta proporción fue similar en los dos hospitales (p=0.888.) La persona que fue referida como abusiva: la enfermera, la médica, el médico. De las entrevistadas, 19% (n=99) refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases como “no grite”, “no llore”, “no se queje”, “regaños”, “humillaciones”, además en algunos casos reportaron ser “ignoradas” por el personal que las atendió. Casi 8% de las mujeres (n=39) reportaron abuso físico, descrito como: “me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”. Otros reportes fueron: “sutura sin anestesia”, “golpes en las piernas”, “amenazas”, “pellizcos”.***⁴⁵

Con relación a lo anterior, la investigación aquí desarrollada muestra algunas de las declaraciones de sus entrevistadas donde hace evidente el maltrato verbal del que estas han sido víctimas.

⁴⁴ Laura F. Belli* *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos* Revista Redbioética/UNESCO, 2013

⁴⁵ Rosario Valdez-Santiago, 1Elisa Hidalgo-Solórzano, 1 Mariana Mojarro-Iñiguez, 1 Luz María Arenas-Monreal 1 *Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto* Rev CONAMED 2013;

*...Y uno irse a quejar... no! Si eso la que se queja la empiezan a regañar, había una muchacha parecía primeriza se quejaba muchísimo y ella gritaba... - Ayy Dios...estos dolores...por favor! – los doctores les daba risa y decían hay no hija hay si Dios...pero cuando se ponen abrir las piernas hay si no es Dios mío! Solo que rico... vea acá es lo bueno! **Informante cultural 5***

*...las otras dos gritaban (gestantes que compartían sala partos) que hasta a mí me aturdían pues yo no gritaba ellas sí, a una muchacha le dijo usted pensaba que esto era como tirar una pepa de guama, así no, así no son las cosas le dijo, usted viene acá y tiene que esperar, así aprende a valorar a su mamá le decían porque ella gritaba y apenas va en dos que va hacer cuando este en diez”. **Informante cultural 6***

*...me subieron a sala de parto, allá me dejaron en la última pieza, por allá en un rincón sola y no me paraban bolas pues ya el desespero ya empecé a gritar entonces fue una ginecóloga y me dijo: que me dejaran que lo tuviera allá que para que me ponía hacer escándalo y yo le decía pero es que yo ya siento que ella va a nacer y -- ella me decía que va a nacer? si usted todavía está en seis de dilatación, ---no!, yo siento que ya va a nacer, quiero hacer del cuerpo le decía y ella me decía pues hágase ahí. **Informante cultural 7***

*Frases nunca le deberían decir a una mujer mientras la están atendiendo -Que para que abría las patas antes y acá si se ponía a gritar (el personal de salud hacia esos comentarios a la madre) **informante cultural 9***

CRÍTICAS E IMPEDIMENTO DE LAS GESTANTES PARA EXPRESARSE LIBREMENTE.

En este trabajo de investigación las integrantes culturales manifestaron haber sido objeto de críticas e impedimento para expresar libremente sus emociones, sentimientos e inquietudes al parte del personal de salud de las instituciones donde se les atendió el proceso de trabajo de parto y parto , hecho que limitó la manifestaciones de expresión de dolor, temor, incomodidad, acciones que llevaron a las gestantes a optar por actitudes sumisión, manifestando que debían "portarse bien" y que no debían "gritar" siendo estas objeto de críticas , regaños, burlas durante la atención en trabajo de parto y parto por parte del personal de salud, otras gestantes por el contrario no contaron con el espacio o la posibilidad de intervenir y expresar sus emociones o no se atrevieron por miedo a la reacciones que el personal de salud mostró con otras gestantes ante este tipo de situaciones; los siguientes relatos reflejan las vivencias de las gestantes en torno a la indiferencia frente a las necesidades de expresión, comprensión y empatía que requieren las mujeres en este proceso, conforme se ilustraran en los relatos de las informantes culturales:

*....uno allá no puede decir nada, porque si uno se queja le dicen que usted no sabe!!! nosotros somos los médicos, que nosotros somos lo que sabemos entonces son cosas que uno tiene que aguantar y estarce callado hasta que ya .. pedirle a Dios que lo saque adelante con su hijo --- **informante cultural 1***

... Mi miedo a que mi hijo fuera a nacer muerto... ya no lo sentía... no manifestaba porque le decían - ¡hay mamá deje la bulla!! Entonces como que no te dejan hablar y si vas hablar por tu compañerita (gestante comparte sala partos) ... -¡hay mamita eso es de cada una!... y a uno le pasan los dolores y va hablar por la otra

compañerita entonces ... hay mamá , quietica ahí, no se mueva no hable!! ---

informante cultural 2

*...Y uno irse a quejar.. no! Si eso la que se queja la empiezan a regañar, había una muchacha parecía primeriza se quejaba muchísimo y ella gritaba.. - hayy Dios...estos dolores ..por favor! – los doctores les daba risa y decían --! hay no hija hay si Dios ..pero cuando se ponen abrir las piernas hay si ! no es Dios mío! Solo que rico!!!... vea acá es lo bueno! -- **informante cultural 5.***

...Pues a mí ahí veces no me gusta que critican cuando uno se queja del dolor, hay veces como que dicen nadie la mando y bueno, eso sí deberían de cambiar, porque cada persona siente. A mí no me dijeron, pero si escuche a las demás mamitas.--

informante cultural 11.

En este sentido se evidencia una forma de violencia que viven la gestante durante el procesos natural de trabajo de parto y parto, violando el **Derecho a expresarse según su necesidad** como lo plantea Burgo⁴⁶ “Nadie puede reconocer la propia necesidad mejor que uno mismo - ¿Cómo entonces establecer cuando el otro necesita llorar, cantar, gritar o reír? "Dejarse fluir" es fundamental también para el placentero desarrollo del parto: movimientos, voces, sonidos, palabras, miradas; se convierten además en la posibilidad de comunicar lo que se siente”, si bien las salas de trabajo de parto y parto son consideradas como ambientes estresantes que producen una gran carga emocional para la parturienta durante esta etapa, cada mujer vive y expresa de manera

⁴⁶ Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); Miembro de Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER); Miembro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP); Miembro del Foro de Profesionales por la Humanización del Parto y del Nacimiento; Miembro de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento

diferente esos momentos de tensión, temores, angustias llevando a que el trabajo de parto y parto se convierta para la mujer en una experiencia agradable o por el contrario negativa, estas en gran medida influenciados por el rol que desempeñan el personal de salud en los escenarios de atención de las gestantes, estarán quienes la penalicen o agredan, quienes las ignoren, y otros escucharán atentamente para contenerla y acompañarla.

Sin embargo este tipo de conductas donde la mujer manifiesta haber experimentado **críticas e impedimento para expresarse libremente tipifica una forma de violencia que viven en las salas de ginecología como se ha identificado en otras investigaciones, 29 de cada cien mujeres reportan algún tipo de abuso durante la atención del parto** *“frases intimidatorias y que limitan el derecho de las mujeres a expresar sus emociones y proceso natural de dolor que conlleva el trabajo de parto; pero sobre todo cuando analizamos el contexto en el cual se expresan dichos comentarios, se configura claramente el escenario de abuso al cual someten a las mujeres en la atención del parto. El siguiente testimonio fue recuperado con técnicas cualitativas: “...Decían [el personal de salud] no lloren, aguántense, acuérdense como lo estaban haciendo, ahí si lo gozaban, ahora están que chillan, ahora aguántense”* (Rosario Valdez-Santiago, 2013)

Belli en su investigación “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos” muestra este tipo de conductas “La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes”

del tipo “Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual) ⁴⁷ (Belli, Junio 2013)

Por ello la labor y las actitudes del personal de salud en los escenarios de atención a la gestante son muy importantes, en el sentido de que son parte activa y principal apoyo ante las necesidades, miedos, incertidumbres, deseos, expresiones, donde la gestante necesita sentirse escuchada y comprendida.

ACOSO SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, **los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados**, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”⁴⁸ (Cepal, 2013)

Este tipo de actos también están presentes en los escenarios de atención del parto como se identificó durante la investigación en el relato de una informante cultural donde manifiesta insinuaciones sexuales por parte del médico que realizó los tactos vaginales –

⁴⁷ . Bell Laura F. *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos* Revista Redbioética/UNESCO, 2013

⁴⁸ Comprender y abordar la violencia contra las mujeres
http://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf

...lo que no me gusto fue que un ginecólogo se sentó a mi lado y me dijo, que si a la hora en el que él me tocaba en el tacto yo sentía placer, y eso me incomodó mucho y me dio miedo. --Informante cultural 10

La mujer en estado de gestación se ve obligada a exponer su cuerpo en especial sus órganos genitales, durante el proceso de atención del trabajo de parto y parto generando una sensación de mayor vulnerabilidad al ser atendidas por personal masculino. Si bien este relato es único para esta investigación, reviste una especial gravedad por categorizarse como violencia de género y evidencia también una violación clara a sus derechos humanos.

RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE SALUD

La humanización es un tema de importancia para las personas que trabajan en el área de la salud, por que el objeto principal es el ser humano con todas sus necesidades entre las funciones del profesional se encuentra ayuda para lograr la adaptación en el proceso de atención del parto y parto, compañía, explicaciones acerca de su situación de salud, incertidumbre por el futuro; por tanto nosotros debemos brindarle una atención integral de calidad, tanto en lo físico, emocional y espiritual tratando al paciente con respeto y dignamente como persona no como un número o patología que tiene derechos como el de ser escuchado, saber acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, como también mantener la confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga.⁴⁹

Para dar cumplimiento a estas actividades se recomienda que el personal enfermero que acompañe el trabajo de parto y parto vele por el cumplimiento de los derechos de

⁴⁹ Isabel Pabón, Claudia Cabrera The humanism in the care of patients to achieve high quality care, Revista UNIMAR N°45 2008

los pacientes, enfocados en el respeto la tolerancia y la compañía continua, además de velar por el respeto del espacio personal, realizando preguntas como ¿Puedo realizar ahora el tacto vaginal? - ¿Quiere que le deje las cortinas abiertas o cerradas? - ¿Puedo cambiarle de posición? ¿Le puedo retirar la bandeja de la comida? ¿Le puedo administrar este medicamento? Así se favorece el empoderamiento de la gestante dándole control sobre su cuerpo, aumentando el grado de satisfacción y facilitando el trabajo de parto por otro lado, se debe observar el contexto en el que se desarrolla el paciente, mantener los ojos abiertos sobre lo que hay alrededor y permanecer abierto a las experiencias nuevas con las gestantes y sus familias. Todo el mundo tiene su manera especial de tratar a los demás, y se debe encontrar la propia, se debe intentar conectar con la gente de una manera positiva y honesta. Conectarse con ellos en su propio ambiente y hablarles de cosas que les interesen, de no ser posible las gestantes al contar con sus familiares pueden generar un ambiente que puede favorecer positivamente el trabajo de parto, motivación de su profesión, sentirse bien por la profesión que se eligió. La motivación depende de cada uno, acoger a las gestantes con afecto, es una labor muy seria y puede generar así un ambiente basado en valores que promueva la gestación como un acto positivo y sin dolor. Recordemos que estamos tratando personas y no objetos. La satisfacción de las gestantes requiere múltiples encuentros y repetidos diálogos. La atención a las gestantes, exige una vocación que contemple: entrega, dedicación, amor, colaboración, armonía, paciencia, tolerancia. Si tenemos en cuenta todo lo anterior los frutos que cosecharemos serán mayores.

18. DISCUSIÓN

Las investigaciones sobre violencia obstétrica se convierten en un tema emergente en el contexto nacional, que evidencia una problemática que siempre ha vulnerado los derechos de las mujeres, en un momento en que estas son más vulnerables, se enfrentan a una de las experiencias con mayor carga emocional y con alta demanda de esfuerzo físico. Visibilizar este tipo de violencia contribuye a que tanto personal de salud como gestantes reconozcan que este tipo de violencia no puede ser naturalizada y que compromete la salud de la mujer y del recién nacido en todas sus dimensiones.

En el contexto departamental, esta es la primera investigación que aborda una problemática tan compleja como esta, de tal manera, que resulta muy preocupante que el 69% de las entrevistadas haya reportado alguna forma de violencia obstétrica; pero lo más alarmante es la normalización con que las mujeres asumen las relaciones jerárquicas respecto al personal de salud en los procesos de atención, por lo que las gestantes silencian situaciones que son claramente formas de violencia obstétrica. Los relatos reflejando actitudes de sumisión y subordinación ante el personal de salud como estrategias preventivas.

Respecto al proceso de atención del trabajo de parto y parto, se evidencia una comunicación ineficaz que no responde a las necesidades de las madres en este proceso, no facilita la expresión de emociones y sentimientos, genera ansiedad, temor e impotencia; toda vez que la atención se centra exclusivamente en los procesos fisiológicos y no se atienden las necesidades emocionales y espirituales en el marco de la atención.

Si bien la concepción es una vivencia de pareja, la llegada del nuevo ser es una experiencia vivida en soledad, toda vez que las políticas institucionales no facilitan el acompañamiento de la pareja o familiar significativo; se restringe la comunicación directa con sus familiares o personas cercanas; contrario a lo que se plantea en la evidencia científica que señala “ “

Así mismo el aislamiento o ignorar las solicitudes de las gestantes son tomados también como una consecuencia de un “mal comportamiento” derivado de las expresiones de dolor, ansiedad o incomodidad durante el proceso de trabajo de parto, eventos que tienen repercusiones en las otras gestantes atendidas quienes evitan comportamientos similares por temor a las acciones que ejerza el personal de salud. Las condiciones de la atención impiden una libre comunicación entre las mujeres que comparten un mismo espacio, eliminando toda posibilidad de apoyo emocional.

La realización de tactos vaginales es un procedimiento de rutina para el personal de salud durante la atención del trabajo de parto, sin embargo para la mujer es una situación en la que toda su intimidad está expuesta ante extraños que con frecuencia son del género masculino y al que se deben someter en repetidas ocasiones durante la atención, situación que la hace sentir muy vulnerable, minimizada e impotente. En esta investigación se registra con preocupación que un acto de cuidado fue desfigurado convirtiéndose en un acto de violencia sexual por parte de un ginecólogo; vulnerando los derechos de la mujer, intimidándola y atentando contra su integridad psicológica y física; situación que incrementó el miedo, la ansiedad y que provocó un desconforto adicional a los que ya acompañan estos procesos de atención.

La violencia sexual no es un tipo de violencia documentado en las investigaciones referenciadas sobre violencia obstétrica, de manera que este resultado se constituye en un llamado a desarrollar acciones que protejan a las mujeres frente a estos actos totalmente intolerables y que degradan los principios éticos de la atención en salud. Por otra parte, se debe garantizar que las mujeres reconozcan sus derechos y se incremente su nivel de autonomía y empoderamiento para poder actuar eficazmente frente a estas situaciones.

En Colombia no hay legislación que penalicen o sancione la violencia obstétrica; sin embargo, hay un marco legal que protege a la mujer contra toda forma de violencia, 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. Con la implementación de Modelo de Atención Integral en Salud en el 2017, se expide la circular 016 de 2017 donde se establecen directrices para fortalecer las acciones que garanticen una adecuada práctica y atención gineco-obstétrica; sin necesariamente reconocer explícitamente la violencia obstétrica; aspecto que se considera relevante de tal manera que tanto personal de salud y gestantes la identifiquen, la prevengan y generen acciones correctivas en el marco de los procesos de atención.

El personal de salud debe garantizar una atención integral y de calidad a estas mujeres, permitiendo que la vivencia de la maternidad sea experiencia satisfactoria, dignificante y en plena garantía de los derechos humanos de las mujeres.

Finalmente teniendo en cuenta que se encontró consenso entre los relatos de las informantes culturales, los investigadores consideraron que no era necesario realizar los grupos focales.

19. CONCLUSIONES

1. Teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico es relevante enfatizar el número de hijos de las informantes donde el 54% solo tiene un hijo, esto nos lleva a concluir que las experiencias obtenidas en trabajo de parto y parto no son las mejores, dejando malos recuerdos y la decisión de no tener más hijos en el futuro, el nivel educativo es un factor importante para el conocimiento de derechos, a los cuales tienen las gestantes durante los procedimientos realizados, en la población objeto se presenta un 31% que no tienen un bachillerato y que es una brecha importante para determinar la comprensión de cada procedimiento, sus derechos y si se presenta algún tipo de violencia durante la atención. Además, el 63% son amas de casa el cual no tienen un ingreso directo, sino que su esposo o un familiar en primer grado es el encargado de su manutención.
2. Se presentaron diferentes tipos de violencia obstétrica referidos por algunos informantes dependiendo cada experiencia entre ellos se tiene: las políticas institucionales que no satisfacen las necesidades de las gestantes en el proceso del parto, la omisión del derecho a la información y a la autonomía en la toma de decisiones de la gestante y su familia en el proceso del parto, la inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto, la violencia verbal y la violencia psicológica; cada una fue causal de la vulnerabilidad que sintió cada mujer en ese momento el cual debía ser único, lleno de sentimientos y

emociones pero que hubieron acciones del personal de salud inadecuadas que marcaron negativamente ese instante.

3. Las informantes revelan diferentes tipos de violencia obstétrica que presentaron, sin embargo, en la investigación hubo aspectos a resaltar como la sumisión donde referirían no expresarse libremente por temor a ser regañadas o a no tener una atención adecuada por lo tanto en esta investigación no solo se encontraron acciones dirigidas directamente como violencia sino una docilidad de las gestantes por experiencias anteriores o por eventos que presenciaron. Otro aspecto a resaltar, aunque no se encontró masivamente, pero que es muy importante es la violencia sexual, la cual se evidencio en una informante que refiere no haber sido una experiencia agradable, en este caso las gestantes deben ser respetadas y atendidas de una manera profesional.

Finalmente, el ejercicio profesional debe tener en cuenta a la gestante para brindar una atención de calidad y humanizada, donde la experiencia que quede sea la mejor en cuanto a la atención, el profesional de enfermería

20. REFERENCIAS

1. *BERMÚDEZ, M. L. (2011). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Bvscuba*
2. *CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS EN BIOÉTICA, Pautas Éticas Internacionales para la Investigación, Chile, 2013*
3. *CONSEJO NACIONAL DE LAS MUJERES (2016). Campaña contra la Violencia Obstétrica*
4. *CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911. 2004.*
5. *DR. C. DAILYS GARCÍA JORDÁ, (2013) El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, Cuba*
6. *DR. TERÁN PABL, (2013) Violencia obstétrica: percepción de las usuarias, Venezuela*
7. *EL PARTO ES NUESTRO, consultado el 26/05/2016, disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/06/20/%C2%BFque-es-un-parto-respetado>*
8. *FUNDACIÓN CAMINO CLARO, consultado el 26/05/2016 disponible en <http://caminoclaro.blogspot.com.co/2012/09/el-acompanamiento-durante-el-trabajo-de.html>*
9. *GABRIELA DEL PILAR VELA CORAL, (2015), Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015, Lima-Perú.*

10. *INSGENAR. (2008). Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.*
11. *HERNÁNDEZ ROJAS CLAUDIA MARINA, VERA QUINTAL ANA CRISTINA, (2012) violencia obstétrica en La Gran Caracas. Estudio multicéntrico, Venezuela*
12. *HURTADO., T. C. (2014). Mesa de operaciones metálica ginecológica del siglo XIX de Miguel Fargas. Una web sobre Historia de la Medicina.*
13. *LA CONSTITUCIÓN DEL 91 Y LOS DERECHOS DE LA MUJER. (junio de 2011).*
14. *MATEO-GONZÁLEZ, H. E.-A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. LiminaR .*
15. *MÉXICO DIPUTADOS (2015) Boletín N°. 5462 LXIII Legislatura.*
16. *MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN-NIVIA, M. J.-A. (2011). LAS PARTERAS, PATRIMONIO. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*
17. *MINISALUD, Resolución N° 008430, Bogotá. Colombia. 1993*
18. *MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, (2011), criterios globales para el cumplimiento de los 10 pasos de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia y formulario de autoapreciación para instituciones de salud hospitalarias y ambulatorias, Bogotá. Colombia*
19. *MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, (2014), Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer, Colombia.*

20. *NACE MAMA*, consultado el 26/05/2016, disponible en <http://nacemamauy.blogspot.com.co/2014/04/las-emociones-durante-el-embarazo.html>
21. *NOREÑA ANA LUCIA*, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, año 12 - vol. 12 nº 3 - *chía*, Colombia
22. *OMS (2014)*, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*
23. *OMS (2015)*, *Epidemia de cesarías innecesarias en América Latina*
24. *MAGNONE ALEMÁN NATALIA*, (2011) *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*, Uruguay
25. *PAULA QUEVEDO (2012)*, *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*, Argentina.
26. *POSSO, C. G. (1991)*. *Resolucion 13437* . Bogota.
27. *PRINCIPIO ÉTICO DE OBJETIVIDAD*, consultado el 05 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse43.html>
28. *ROBERTO CASTRO Y JOAQUINA ERVITI (2014)*, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, México.
29. *Significados*, consultado el 09 de mayo de 2016, Disponible en <http://www.significados.com/autonomia>
30. *SOCIAL, M. D. (2010)*. *Prevención y atención integral en Salud Sexual Derechos Sexuales y Reproductivos*. Bogota DC.

31. SONIA ANDREA MONROY MUÑOZ, (2012) *Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá, Colombia.*
32. TAMÉS REGINA, (2015) *Violencia Obstétrica un enfoque de derechos humanos, México.*
33. UNIDAS, N. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (pág. 238). Beijin.*
34. VENEZUELA, MINISTERIO PÚBLICO (2016). *Ley Orgánica del Ministerio Público*