

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN PALMIRA VALLE:
NORMATIVIDAD Y NARRATIVAS DE MUJERES ENTRE
EL 2022 Y EL 2023**

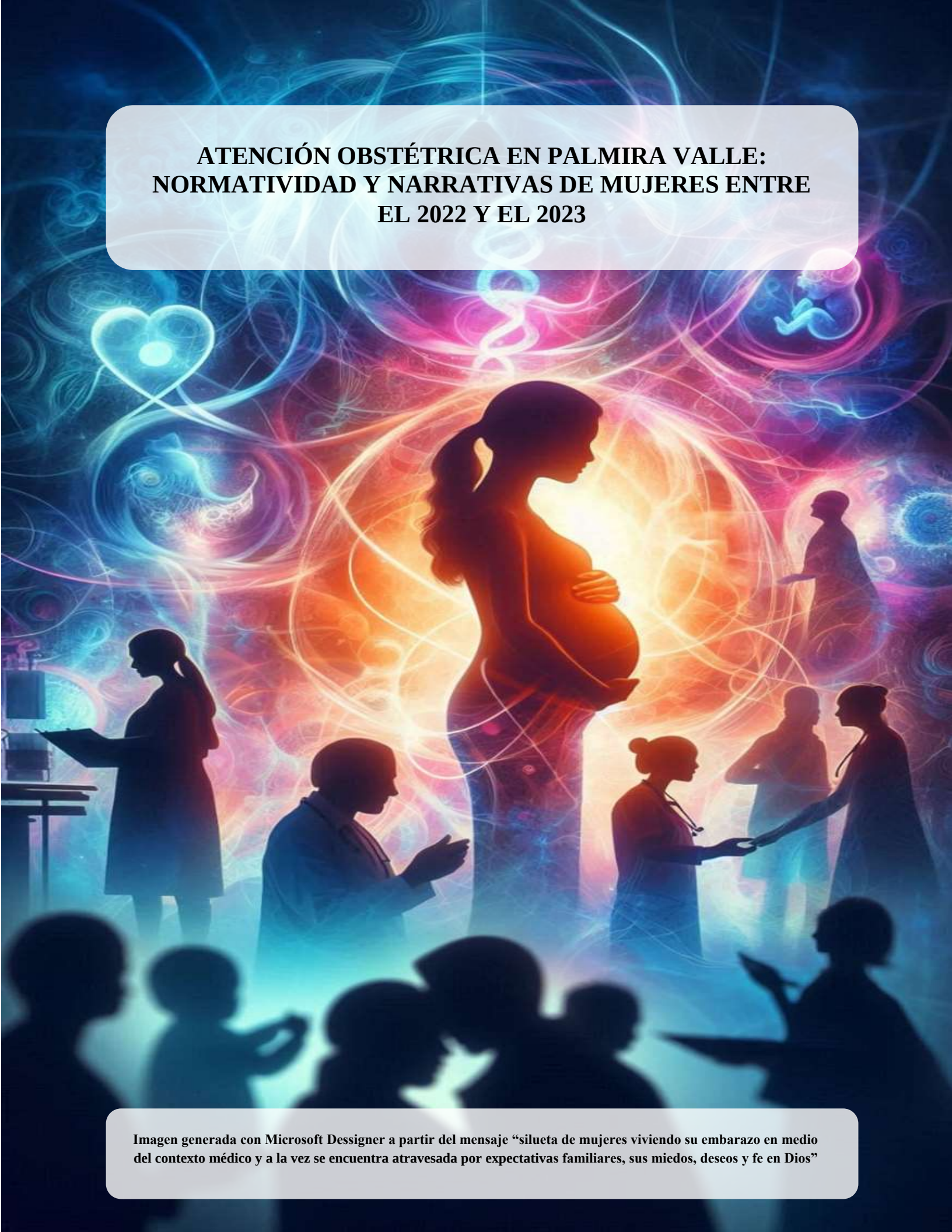


Imagen generada con Microsoft Designer a partir del mensaje “silueta de mujeres viviendo su embarazo en medio del contexto médico y a la vez se encuentra atravesada por expectativas familiares, sus miedos, deseos y fe en Dios”

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN PALMIRA VALLE:
NORMATIVIDAD Y NARRATIVAS DE MUJERES ENTRE EL 2022 Y EL 2023**

**KAREN TATIANA ARELLANO ARCILA
DANIELA CARMONA GONZÁLEZ
MARBY JANETH NÚÑEZ MONTAÑO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2025**

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN PALMIRA VALLE:
NORMATIVIDAD Y NARRATIVAS DE MUJERES ENTRE EL 2022 Y EL 2023**

KAREN TATIANA ARELLANO ARCILA

DANIELA CARMONA GONZÁLEZ

MARBY JANETH NÚÑEZ MONTAÑO

**Monografía para optar por el
Título de Trabajadora Social**

MARÍA CÉNIDE ESCOBAR SERRANO

DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

SANTIAGO DE CALI

2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría agradecer a Dios, a nuestros padres y demás familiares, como amigos y compañeros, quienes nos acompañaron durante todo este proceso académico, ellos son los que con su cariño nos han impulsado a través de su invaluable apoyo a siempre a perseguir nuestras metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a cada una de las participantes que formaron parte de esta investigación. Su disposición a compartir no sólo su valioso tiempo, sino también sus profundas y enriquecedoras experiencias que han sido un pilar esencial en la consecución de los objetivos de esta tesis, y por ello, les estamos profundamente agradecidas.

Agradecemos a nuestra directora de monografía María Cénide Escobar Serrano por su dedicación y paciencia, sin su conocimiento experto y consejo crítico no hubiésemos logrado llegar a esta instancia tan anhelada. Su guía, comprensión, acompañamiento y confianza estarán grabados para siempre en nuestra memoria.

De igual manera, agradecemos a los docentes que nos acompañaron durante todo nuestro proceso académico brindándonos los conocimientos y herramientas necesarias para convertirnos en profesionales capacitadas y con ética profesional.

Finalmente, nos agradecemos a nosotras mismas por todo el esfuerzo puesto en culminar este trabajo ya que implicó sacrificios y retos que logramos afrontar dentro de nuestras posibilidades y con las herramientas que tuvimos al alcance.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. OBJETO DE ESTUDIO	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Planteamiento del problema de investigación	16
1.3 Justificación	21
1.4 Pregunta de investigación	23
1.5 Objetivos	23
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	23
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	23
2. MARCO TEÓRICO	24
3. MARCO CONTEXTUAL	30
4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	32
4.1 Técnicas utilizadas	32
4.2 Presentación de las mujeres y las profesionales entrevistadas	36
4.3 Reflexiones personales sobre la experiencia metodológica	39
5. HALLAZGOS	40
5.1 Análisis de la Ley 2244 de 2022 - Ley del parto humanizado, digno y respetado	40
5.1.1 <i>Una aproximación a los desarrollos en torno al parto humanizado y la violencia obstétrica</i>	40
5.1.2 <i>Ley 2244 de 2022 - Colombia</i>	48
5.1.2.1 <i>Definición correcta del problema</i>	49
5.1.2.2 <i>Justificación de la acción estatal</i>	51
5.1.2.3 <i>Sustento legal de la regulación</i>	52
5.1.2.4 <i>Determinación del ámbito estatal apropiado</i>	53
5.2 Trayectoria de vida y maternidad	56
5.2.1 <i>Familia nuclear: un ideal</i>	56
5.2.1.1 <i>Conyugalidad asociada a la maternidad</i>	59
5.2.1.2 <i>Construcción de nuevas relaciones: la familia política y la maternidad</i>	62
5.2.2 <i>Religión: otra forma de control sobre el cuerpo de la mujer</i>	65
5.3 La obstetricia en la voz de tres profesionales del Hospital Raúl Orejuela Bueno	71
5.3.1 <i>Mujer gestante en el contexto sanitario</i>	71
5.3.2 <i>Atención Humanizada: un asunto relacional y de formación</i>	73
5.3.3 <i>Condiciones laborales: ¿propician la violencia obstétrica?</i>	75

5.4 Atención en salud durante el embarazo, parto y posparto	77
5.4.1 La atención durante el embarazo	77
5.4.1.1 Plan de cuidado	77
5.4.1.2 Curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad	81
5.4.1.3 Atención psicosocial	83
5.4.1.4 Plan de parto	86
5.4.1.5 Continuidad en la atención	88
5.4.1.6 Componente diferencial	89
5.4.2 Trabajo de parto y parto	91
5.4.3 Posparto	98
5.4.3.1 Contacto piel a piel	98
5.4.3.2 Hospitalización posparto	100
5.4.3.3 Egreso de la Institución	102
5.4.4 Discusión sobre la atención en el EPP	105
6. CONCLUSIONES	108
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	130

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
EPP	Embarazo, parto y posparto
SSR	Salud sexual y reproductiva
VO	Violencia obstétrica

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Descripción
AFAR	Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté
APARIR	Asociación Parir
ASOPARUPA	Asociación de parteras unidas del pacifico
CIANE	Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ENCA	European Network of Childbirth Associations
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
JICA	Agencia Japonesa de Cooperación Internacional
MNSSR	Movimiento Nacional por la Salud sexual y reproductiva
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las naciones unidas
RIAMP	Ruta Integral de Atención Materno - Perinatal
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

RESUMEN

Esta investigación analiza la atención obstétrica a través de las narrativas de dos mujeres residentes de Palmira y el marco normativo vigente en Colombia, especialmente la Ley 2244 sobre el parto humanizado. Mediante una metodología cualitativa, utilizando entrevistas en profundidad, se profundiza en las narrativas de dos mujeres en torno a los significados que le otorgan a sus experiencias en la atención al embarazo, parto y postparto. Entre los hallazgos más significativos, se destaca la maternidad como una construcción social que media en la forma en que han vivido el proceso de gestación y dar a luz, así el ideal de sacrificio y entrega por parte de las mujeres se perpetúa a través de creencias religiosas y el entorno familiar. En cuanto a la atención se identifican limitaciones, prevalece un enfoque biomédico dejando la inclusión de la dimensión psicosocial a situaciones de alto riesgo, invisibilizando las necesidades y creencias particulares.

Las estrategias de una atención integral deben reconocer a la mujer en sus derechos, de manera que se comprenda tanto el bienestar físico, social y psicológico de la mujer, como la violencia obstétrica, con sus consecuencias en la mujer, el bebé, sus familias y los profesionales de la salud. El Trabajo Social en ginecobstetricia debe orientarse por la comprensión de la mujer y la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, así como por la promoción de la agencia femenina en procesos de atención en salud humanizados y respetuosos que prevengan la violencia obstétrica.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Parto humanizado; Atención en salud; Mujeres.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) plantea que “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud durante el embarazo y el parto, lo que incluye el derecho a una atención digna, respetuosa, competente y comprensiva”, en este sentido, aquellas acciones que no garantizan el cumplimiento de este derecho como la omisión, el retraso en trámites y procedimientos por parte del personal de salud, van en contraposición de lo planteado y se convierten en un tipo de violencia hacia la mujer, específicamente la denominada violencia obstétrica (VO).

El objetivo de esta investigación es comprender las experiencias de dos mujeres residentes en Palmira en torno a la atención recibida durante su embarazo, parto y posparto en el marco de la normatividad en atención obstétrica en Colombia. Conforme a esto, se trabajó con una metodología cualitativa, se usaron entrevistas en profundidad por medio de las técnicas Viaje en el tiempo y Mural de situaciones, con las que se escucharon las narrativas de las dos mujeres participantes.

A través de un breve recorrido histórico sobre los avances en materia de atención ginecobstétrica a nivel internacional y nacional; una revisión de la Ley 2244 de 2022 “Ley del parto digno, humanizado y respetado” en Colombia y la voz de tres profesionales del área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno, se hizo un acercamiento a la atención a las mujeres gestantes en el marco de la normatividad, para articular posteriormente con la experiencia que tuvieron las dos mujeres participantes de la investigación.

Se identificó que los avances en el reconocimiento y aplicación de la atención humanizada del EPP son heterogéneos. Mientras algunos países continúan en la discusión sobre la atención ginecobstétrica basada en los derechos y el reconocimiento de la diversidad, países como México, Paraguay, Ecuador y Venezuela han implementado normativas que previenen y sancionan la violencia obstétrica, dando lugar a la problemática en el panorama legislativo.

En cuanto a lo expresado por las mujeres se reconoce que hay una construcción de la idea de maternidad que responde al papel asignado socialmente a la mujer. Según sus relatos esta idea se refuerza a través de las relaciones familiares y la religión, en las que las mujeres son las que deben

ocuparse del cuidado y la crianza, respondiendo a un ideal de maternidad basado en el sacrificio y la entrega. En sus experiencias de atención durante el embarazo, parto y posparto se identifica la jerarquía del enfoque biomédico, con lo que se limita la atención psicosocial a situaciones de alto riesgo obstétrico definidas por el equipo de salud. Relegando a la mujer e invisibilizando aspectos diferenciales propios de sus creencias.

De igual manera, se identificó la intención institucional de cumplir con la normatividad de atención ginecobstétrica a nivel nacional, dejando entrever las limitaciones estructurales que desfavorecen la atención humanizada, tal como la infraestructura de las instituciones de salud y las condiciones laborales que provocan una alta rotación de los profesionales de salud afectando en la garantía de cumplimiento de derechos durante la atención.

Es así como esta investigación da cuenta de la necesidad de reconocer la violencia obstétrica dentro del panorama legislativo, de forma que se establezcan estrategias que además de acción que brinden una atención integral que visibilice los cambios físicos, sociales y psicológicos que atraviesa la mujer durante el embarazo, parto y posparto, fije medidas que respalden el derecho de la mujer. Por lo anterior, este es un campo fértil para la investigación e intervención del Trabajo Social, estando profundamente conectado al ethos de la profesión en términos de la búsqueda de garantía de los derechos y la capacidad de aportar a la atención humanizada, desde la promoción de la agencia de la mujer en su proceso de atención en salud.

1. OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Antecedentes

La violencia obstétrica (VO) ha sido objeto de estudios que evidencian que, con el trato abusivo, la negligencia o la patologización del cuerpo de las mujeres, se han transgredido sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Investigaciones desarrolladas desde diferentes perspectivas teóricas y disciplinares, que incluyen la salud en sus diferentes ramas, las ciencias sociales y humanas y el derecho, abordan la violencia obstétrica como una forma de la violencia de género porque afecta y vulnera el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre la función sexual y reproductiva de su cuerpo.

En esta investigación se realizó una revisión de estudios sobre la VO¹, delimitada a las palabras violencia obstétrica, embarazo, parto, posparto, atención ginecobstétrica, parto humanizado, derechos sexuales y reproductivos, servicios de salud. En total se consultaron diecinueve estudios en idioma inglés, portugués, y español, catorce de ellos corresponden a artículos de investigación, cinco tesis; tres de pregrado y dos de maestría. Los estudios consultados se desarrollaron en los últimos diez años, especialmente en países como Colombia, Venezuela, Perú, Argentina, Brasil, España, Ecuador y México, por disciplinas como la Antropología, Psicología, Medicina, Trabajo Social, entre otras.

De las investigaciones consultadas, se encuentran doce en el ámbito internacional (Ávila-Vaugier, 2021; Baró, 2020; Bellón-Sánchez, 2015; Britos-Solían y López-Antón, 2016; Camacaro *et al.*, 2015; Colanzi, 2014; Goberna-Tricas, 2019; Iparraguirre *et al.*, 2023; Oliveira-Brandão y Martínez-Pérez, 2022; Marques-Pulhez, 2013; Terán *et al.*, 2013; Magnone-Alemán, 2010). Estas investigaciones se desarrollaron con una metodología cualitativa. Colanzi (2014) y Marques-Pulhez (2013), se refieren al despliegue y fuerza del discurso médico frente al sentir, la decisión y la palabra de las mujeres en el proceso de atención durante el embarazo, parto y posparto (EPP). Marques-Pulhez (2013) resalta la capacidad de agencia de las mujeres al confrontar el discurso médico-científico y posicionarse como agentes activos en su proceso de gestación. Otros estudios

¹ En bases de datos como Academia, Scielo, Unirioja, Dialnet, Google académico, Redalyc, Biblioteca digital, Universidad del Valle, ResearchGate, desde marzo del 2023 hasta octubre del mismo año.

que revelan la fuerza del discurso médico se remiten a un rastreo del concepto de VO, denotando la importancia de conceptualizar el fenómeno para comprenderlo como problemática que necesita ser atendida (Goberna-Tricas, 2019).

Se identifican investigaciones que reconocen la VO como violencia de género, fundamentada en lógicas patriarcales hegemónicas, caracterizada por el sometimiento de las mujeres al conocimiento biomédico y el poder institucional en cabeza de los profesionales de la medicina, (Arnao-Bergero *et al.*, 2018; Goberna-Tricas, 2019; Oliveira-Brandão y Martínez-Pérez, 2022). En este sentido, algunos estudios señalan la necesidad de que la atención institucional de la mujer gestante sea integral y humanizada reconociéndola como sujeto de derechos (Ávila-Vaugier, 2021; Baró, 2020; Magnone-Alemán, 2010; Oliveira-Brandão y Martínez-Pérez, 2022). En línea con la atención institucional, se encuentran investigaciones como las de Iparraguirre *et al.*, (2023) y Ávila-Vaugier (2021) en las que se identificó el poder que ejercen sobre el cuerpo de la mujer, los profesionales de la salud. El estudio realizado por Terán *et al.* (2013) señala que prácticas obstétricas consideradas legalmente como violentas son facilitadas por la omisión e insuficiencia de información brindada a las mujeres gestantes y de ausencia de escenarios de denuncia.

Las ciencias de la salud establecen una relación de creciente intervención y medicalización para disciplinar y controlar los cuerpos, especialmente los femeninos, a través de acciones amparadas en el discurso médico-científico. Así, la voz de las mujeres al momento del parto se doblega al discurso médico, en el que se sostiene la condición de mujer-madre, atribuida social y culturalmente al espacio privado. (Colanzi, 2014; Camacaro *et al.*, 2015; Britos-Solían y López-Antón, 2016).

El término violencia obstétrica, según la revisión documental de Goberna-Tricas (2019), en el dominio de la biopolítica, debe entenderse políticamente; en tanto se trata de relaciones de poder que buscan la obediencia y sumisión de los cuerpos femeninos, puesto que la socialización de hombres y mujeres ha penetrado en el cuerpo de las personas, su subjetividad y forma de vida; naturalizando formas de violencia y dinámicas de poder entre grupos. Además, señala que la violencia en la atención en salud es un problema de salud pública, que requiere de una atención y tratamiento integral y humanizado, para lo cual se refiere al sufrimiento durante la formación académica de los profesionales de la salud, que luego se trasladan a las prácticas clínicas. Y es que

según Baró (2020), la formación de los profesionales de la salud es un tema pendiente de estudios, en favor de acciones de prevención en violencia en entornos clínicos.

En consecuencia, nombrar la VO, es una acción política que evidencia el maltrato y falta de respeto hacia la mujer en la atención a la gestación, parto y posparto; pone el asunto en las agendas de políticas públicas y feministas, con el objetivo de amplificar las competencias y la responsabilidad de las instituciones y profesionales de la salud. autores Oliveira-Brandão y Martínez-Pérez (2022) articulan los conceptos de violencia de género, derechos sexuales y reproductivos y justicia reproductiva², argumentando que la vulneración de los derechos se escuda en el sistema biomédico que se ha apoderado de los cuerpos y los procesos biológicos de las mujeres, de manera que los derechos humanos y la SSR sean relegados y violentados.

Para comprender la relación de la medicina con la sexualidad humana y su relación con el gobierno, Foucault (2010, citado en Ávila-Vaugier (2021), retomando a estudió la violencia obstétrica desde un enfoque de derechos humanos, reconociéndola como un acto de tortura, cruel, inhumano y degradante hacia las mujeres. Por lo tanto, debe ser tipificada como delito para que pueda ser sancionada y reparada, con los correspondientes mecanismos de denuncia, reparación, satisfacción y no repetición para las víctimas.

Entre las siete investigaciones realizadas en Colombia, se encontró que la de Aguilar-Bernal y Ospina-González (2023), mediante un método cuantitativo exploró la VO con 250 mujeres que alguna vez tuvieron un parto natural institucionalizado de bajo riesgo. Todas las mujeres participantes del estudio refirieron violencia obstétrica en algún momento de la atención a su embarazo/parto. Las otras seis investigaciones, que utilizaron un método cualitativo, coinciden con los estudios internacionales en aspectos como reconocer la VO como una violencia de género, teniendo en cuenta las estructuras de dominación patriarcal que colocan en una posición de sumisión a las mujeres, por lo tanto, es necesaria una transformación estructural que involucre a la sociedad, entidades gubernamentales, instituciones de salud, academia y organizaciones sociales (Echeverry-Sierra, 2018; Jojoa-Tobar *et al.*, 2019).

² Justicia reproductiva: término propuesto por los autores Oliveira-Brandão y Martínez-Pérez (2022) referente a la serie de acciones dirigidas a remover barreras y obstáculos que les impiden a las mujeres la plena realización de sus planes de vida y se reconozca las connotaciones culturales, históricas y colectivas que constriñe la VO.

Estudios nacionales concuerdan en reconocer el lugar hegemónico que ocupan las ciencias médicas en la atención ginecobstétrica y el lugar pasivo al que se relegan las mujeres durante la gestación, el parto y posparto (Castañeda-Aponte y Vargas-Daza, 2018; Perdomo-Rubio *et al.*, 2019). Vallana-Sala, (2019) se refiere a la escasa voluntad del personal de la salud para reconocer la existencia de la VO, con lo cual termina normalizándose e instalando un modelo tecnocrático e industrializado³, en el que las necesidades institucionales o del personal de salud están por encima de las mujeres.

Castañeda-Aponte y Vargas-Daza (2018) plantean que la supremacía del paradigma médico desplaza el papel de las madres o incluso lo ignora, privándolas de autonomía e impidiendo que se apropien de un proceso que involucra su cuerpo y sus derechos. Las autoras proponen una reflexión acerca de la calidad en la información que se les otorga a las mujeres sobre su proceso de parto, la cual proporciona herramientas para la autonomía y la toma de decisiones sobre dicho proceso.

También la dimensión cultural, como un asunto común, fue abordado por Gaffney-Gleason *et al.* (2021), quien en su estudio con mujeres indígenas de Colombia da cuenta de la etnia como un factor que puede aumentar el riesgo de VO, al estigmatizar e irrespetar las prácticas y saberes ancestrales, bajo formas de microagresiones como el desconocimiento y desprecio de los saberes ancestrales expresan el colonialismo.

A través de una revisión de prensa sobre VO entre el 2010 y 2017 en varios países latinoamericanos, Perdomo-Rubio *et al.*, (2019), encontraron que la mirada académica y la del personal de salud prevalecen y no permite la judicialización de esta violencia y la inclusión del tema en los currículos académicos. Otra mirada, la de las organizaciones de mujeres luchan por visibilizar esta problemática y la inclusión de otros actores y escenarios desinstitucionalizados.

³ Modelo tecnocrático e industrializado: ve a las maternas como objetos de intervención, cuerpos gestantes que deben cumplir con unos requisitos previamente estandarizados y un conjunto de protocolos, procedimientos en los cuales se fragmenta la mente-cuerpo y, por ende, se desligan las características identitarias y socioculturales de las madres en la medida que prima el paradigma biomédico, adaptando los procesos de atención en el EPP a las necesidades institucionales o del personal.

En esta revisión se identificaron intereses en el estudio de la VO centrados en una mirada crítica del discurso médico, como un conocimiento hegemónico con el que se fundamentan prácticas de dominación y sometimiento, a través de procedimientos y tratos que vulneran los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres. De tal modo, algunos estudios han reconocido la VO como una violencia de género, donde las prácticas de poder responden a lógicas patriarcales y estructurales que las someten y vulneran. Aplicando categorías como el biopoder y la biopolítica se reflexiona sobre los tratos deshumanizados que se gestan en marcos institucionales, que están en mora de contemplar una atención que reconozca factores sociales y culturales, especialmente desde una mirada étnica.

Además, los antecedentes dan cuenta de la importancia de la cultura para la atención del embarazo, parto y posparto, puesto que la articulación de las creencias y costumbres en la atención permite potenciar el lugar de agencia de las mujeres, como referentes claves en los procesos de humanización y de atención en salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se identifica que la producción de conocimiento sobre la violencia obstétrica desde el Trabajo Social continúa siendo un terreno fértil, principalmente en lo que concierne a comprender la atención del embarazo, parto y posparto en el marco de los derechos, lo cual se corresponde con el quehacer desde esta profesión, dado que busca el bienestar humano. Es decir, que tanto la producción de conocimiento, como la intervención en la atención al EPP son espacios en los que el Trabajo Social tiene por aportar promoviendo el trato humanizado, el reconocimiento de las voces de las mujeres y la atención que comprenda aspectos psicosociales.

1.2 Planteamiento del problema de investigación

En América Latina, diferentes colectivos y organizaciones de países como Chile, México y Colombia se han interesado en adelantar estudios sobre la VO y el parto humanizado, producto de ello han obtenido cifras que permiten conocer las formas y frecuencia en que se presenta esta problemática en las diferentes latitudes del continente.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)⁴ realizada en México reconoce por primera vez la violencia obstétrica en la versión del 2016 y actualizada en el 2021. Esta última con respuesta de 3.535 mujeres entre 15 y 35 años, encontró que el 66,9 % manifestaron haber sufrido maltrato obstétrico, como gritos y regaños por parte del personal de salud, presión para aceptar dispositivos o procedimientos para no tener más hijos, ignorar consultas sobre el parto o el bebé, y cesárea sin información o claridad sobre la necesidad del procedimiento, entre otros (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022).

Otro asunto asociado a las desigualdades sociales para las mujeres que acuden a los hospitales públicos es que, las menores de edad, las personas de orientación no heterosexual (exceptuando a las lesbianas, con quienes no se detecta asociación significativa), y quienes identifican con pueblos indígenas, son quienes comunican haber sufrido VO (Cárdenas-Castro y Salinero-Rates, 2022). Los datos plantean *un primer asunto* importante para la comprensión y atención de la VO, el componente etario y diferencial como un factor de desigualdad social en América que atraviesa los sistemas de salud de las mujeres.

La Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile (GINOBS), realizada entre los meses de diciembre de 2019 y mayo de 2020, con una muestra de 2.105 mujeres de todas las regiones del país, identificó que un 79,3% de las mujeres experimentó alguna forma de VO en la atención ginecobstétrica recibida. De igual manera, se detectaron diferencias estadísticas significativas entre los centros de salud públicos y los privados, señalando que los hechos de VO ocurren con mayor frecuencia en los centros públicos (Cárdenas-Castro y Salinero-Rates, 2022). Esto visibiliza un *segundo asunto* al observar que la salud se ordena desde intereses económicos de las entidades que ofrecen el servicio y la capacidad financiera de las mujeres para el acceso a la salud.

En términos de la participación de las mujeres en su proceso de parto y posparto, la encuesta Violencia ginecobstétrica en América Latina 2020 del colectivo Matria Guardianas del Parto (s.f.), encontró que el 56% de las mujeres respondió que les fue difícil o imposible expresar de forma libre sus dudas referente a la praxis médica; un 38% experimentó amenazas, insultos o coerción por parte del personal sanitario y un 40% de las mujeres manifestó que recibió uno o varios

⁴ Cuenta con ediciones disponibles en los años 2003, 2006, 2011, 2016 y 2021.

procedimientos sin haber otorgado el consentimiento o haber sido informada sobre la razón de estos. Esto advierte que la falta de información proporcionada a las mujeres sobre los procedimientos que se les van a realizar es percibida como una forma de violencia que repercute en que la mujer experimente limitaciones para cuestionar y decidir sobre la forma en que es atendida, dando lugar a sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad e incomodidad durante el EPP.

Esta misma encuesta fue respondida por 5.023 mujeres de veinte países de Latinoamérica, entre ellas 411 de Colombia. El 59.3% de las mujeres que respondieron, reconocieron haberse sentido incómodas, ofendidas o humilladas. Se destaca que el 52% señaló que tuvo secuelas psicológicas o emocionales tras el parto, cesárea o aborto, el 47.7% expresó que la experiencia de atención en el parto las hizo sentir vulnerables, culpables o inseguras y un 49% de las mujeres se sintieron infantilizadas por el uso de sobrenombres o diminutivos. Los efectos de la VO para el libre desarrollo de las mujeres constituyen un *tercer asunto* para comprender las formas en que ellas reconocen y enuncian que son violentadas durante sus procesos de EPP.

Un *cuarto asunto* que revisar es la falta de voluntad e intención política en materia de legislación con perspectiva de género, lo cual se convierte en un obstáculo más para que las mujeres sean reconocidas como sujetos y sus cuerpos sean respetados durante la atención en salud en los procesos de gestación y alumbramiento. Son varios los proyectos de ley sobre atención humanizada que han sido archivados, tales como el Proyecto de Ley 063 de 2017 o Ley de parto humanizado y el Proyecto de Ley 147 de 2017 o Ley sobre la violencia obstétrica.

Otro proyecto de ley fue el Proyecto de Ley 029 de 2020, presentada ante el Senado de la República, con el que se buscaba proteger la maternidad mediante el del establecimiento de medidas para garantizar un parto digno, alineadas con acuerdos internacionales de protección de la mujer ante todo tipo de violencia ejercida en su contra, e impulsando la erradicación de todas las formas de violencia de género para garantizar una atención humanizada en el proceso de atención reproductiva, de embarazo, parto, parto y posparto. Todos estos proyectos no pasaron a los debates para su aprobación y resultaron archivados, confirmando la irrelevancia que se le da a este tipo de violencia en Colombia.

En nuestro país, solo hasta el año 2022 se aprobó la Ley 2244 de 2022 o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”, la cual tiene como objetivo garantizar el derecho de la mujer durante el

embarazo, trabajo de parto, parto, posparto o duelo⁵ con libertad de decisión, conciencia y respeto; así como reconocer los derechos de los recién nacidos. A pesar de que en esta Ley se considera la definición de múltiples aspectos que rodean la atención gestacional y el parto humanizado, no se menciona ni se define la violencia obstétrica, lo cual contribuye a invisibilizarla.

La OMS (2014) tipifica la VO como una modalidad de violencia de género que hace referencia a las conductas de acción u omisión que pueden ser institucionales, psicológicas, simbólicas o sexuales, ejercidas por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresadas en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, lo que trae consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando en la calidad de la vida de las mujeres⁶. La enunciación de este organismo lleva a considerar un *quinto asunto* para el conocimiento e intervención en la VO, en tanto desde la perspectiva de género, esta constituye una expresión de un ordenamiento social con arraigos a un sistema patriarcal que asume los cuerpos de las mujeres como medios de reproducción de la humanidad y por ello deben someterse a “sacrificios” por el bien de su bebé, y por lograr cumplir con lo que socialmente se le ha estipulado: “ser madre”.

Vale preguntarse por qué tan recientemente se considera y reconoce esta forma de violencia como una problemática que involucra directamente a las mujeres. Esto configura un *sexto asunto*, las mujeres no siempre han sido consideradas sujetos de derechos, de hecho, se encontraban en una condición de desigualdad frente a los hombres. Es solo hasta 1947, poco después de la creación de las Naciones Unidas, que la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se reúne por primera vez. Desde este año hasta 1962, la Comisión se centró en establecer normas y formular convenciones internacionales que fueran ejemplo para cambiar las leyes discriminatorias en función de la sensibilización mundial sobre la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres.

En 1987, la Comisión contribuyó a que, por primera vez, el problema de la violencia contra las mujeres figurara en primer plano en los debates internacionales. Estos esfuerzos mancomunados

⁵ Existen tres tipos de duelo en relación con el embarazo: gestacional, perinatal y neonatal.

⁶ La violencia de género es para esta organización “cualquier acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o mental a las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada” (OMS, 2021).

se vieron recompensados en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993). En 1994, la Comisión de Derechos Humanos nombró una Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, con el mandato de investigar e informar sobre todos los aspectos de la violencia contra las mujeres (ONU Mujeres, s.f.).

En síntesis, para visibilizar la violencia obstétrica como una situación problemática que necesita ser investigada y reconocida para la promoción de una atención integral desde el reconocimiento de las mujeres en su particularidad, en sus procesos de EPP, se recogen asuntos como: el componente etario y diferencial como factor de desigualdad social; la salud considerada según intereses económicos; las formas en las que las mujeres reconocen y enuncian el haber sido violentadas durante los procesos de atención en la EPP; la falta de voluntad e intención política en materia de legislación para el trato humanizado en la atención gestacional; la perspectiva de género desde la que se identifica el ordenamiento social arraigado a un sistema patriarcal que somete a las mujeres a relaciones de sumisión, vulneración y sacrificio; y, por último, el panorama de las mujeres frente al reconocimiento de sus derechos solo en los últimos 32 años.

La VO no solo es resultado de los actos individuales de los profesionales de la salud, sino que también refleja estructuras que perpetúan la desigualdad de género y el cuestionamiento de las mujeres en su rol reproductivo. Se evidencian entonces problemas estructurales que requieren una transformación en las políticas de salud, así como en la formación y práctica profesional. Es imperativo que se reconozcan los derechos reproductivos de las mujeres, no solo como un marco legal, sino como un principio fundamental que guíe todas las interacciones en el ámbito de la salud, garantizando que cada mujer pueda ejercer su autonomía, recibir atención respetuosa y decidir sobre su cuerpo sin coacciones ni imposiciones. La erradicación de la violencia obstétrica pasa por un cambio estructural que desafíe las normas de poder y control que históricamente han afectado a las mujeres, promoviendo un sistema de salud que realmente respete sus derechos y dignidad, y reconozca su capacidad de agencia

1.3 Justificación

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2023), en el año 2022 en Colombia nacieron 573.090 niños/as, de los cuales 561.074 fueron atendidos en instituciones de salud. Lo anterior muestra que la tendencia histórica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía desde 2008 hasta 2020 presenta un comportamiento hacia el descenso con un promedio de casos por año de 10.788, donde en 2008 se registró con una razón de mortalidad de 17,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que un 15,0 en 2020 (Instituto Nacional de Salud, 2020). La tendencia a la disminución en la mortalidad, no se compadece con la experiencia de las mujeres toda vez que en otras encuestas refieren desconocimiento y sentimientos de inseguridad y temor, lo cual vale la pena revisar en torno a la decisión de mujeres que, tanto en las ciudades como en los municipios, optan por el parto en casa con parteras.

La atención en instituciones de salud privilegia un modelo médico fundamentalmente hegemónico y patriarcal, influido, entre otros, por estereotipos normativos provenientes de la religión, que prescriben quién, cuándo y cómo debe ser la sexualidad y maternidad, así las mujeres se mantienen en una posición de subordinación en el que el parir y el amor por la prole se presumen naturalmente instintivos. El modelo a favor del costo-beneficio, asume el control y el poder para favorecer coberturas y economía de tiempos. De esta manera, el conocimiento técnico y especializado, tiene la voz, por encima de las mujeres, a quienes no se les reconoce autonomía sobre su cuerpo, sus deseos y necesidades según factores socioculturales.

Se ignora a la mujer cuando los equipos de salud no se comunican con las gestantes y pasan desapercibido el trato violento físico, psicológico o verbal al que se les somete. Pierden la voz las mujeres y ganan las normas institucionales, el discurso médico-científico, los protocolos y procedimientos médicos que se aplican sin consentimiento o de manera coercitiva.

El informe publicado por El Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva (MNSSR, 2024) sobre los resultados de la *Primera Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento*, aplicada a mujeres gestantes que dieron a luz entre 1970 a 2023, con miras a identificar características sociodemográficas como: nacionalidad, área de residencia, región de ocurrencia del parto, edad, pertenencia étnica, nivel educativo e ingreso económico del hogar, reflejó que 13,8% de las gestantes afirmó haber sentido discriminación por ser joven, el 7,9% por “ser estrechas”, el

5,2% por tener sobrepeso, el 4,6% por ser madre soltera y el 3,2% por no contar con recursos económicos.

Silvestre *et al.* (2014), plantean que desde el Trabajo Social sanitario se establece la responsabilidad de abordar los elementos contextuales en la relación salud/enfermedad en los casos de violencia, aportando de esta manera a la dimensión social de la problemática y ampliando el rango de atención al trabajo interdisciplinario dentro del contexto sanitario, desde un quehacer profesional intencionado a la defensa, reivindicación y promoción de los derechos humanos.

Basado en lo anterior, esta investigación es relevante para el Trabajo Social, porque comprende un ejercicio de conocimiento reflexivo de una problemática que históricamente ha sido invisibilizada. La intención es aportar al reconocimiento de la particularidad de las mujeres, su salud y bienestar, así como el de los recién nacidos en la atención ginecobstétrica. Además, se busca contribuir a visibilizar la normatividad existente y que ésta se lleve a la realidad con medidas efectivas y reales. En este proceso, el Trabajo social asume un papel significativo a través de los principios y fines que ha abanderado históricamente la profesión, como: la defensa de los derechos humanos, el respeto a la diversidad y la oposición a cualquier tipo de violencia, y en este trabajo particular se hace alusión a la Violencia Obstétrica.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cómo son las experiencias de dos mujeres residentes en Palmira en torno a la atención recibida durante su embarazo, parto y posparto en el marco de la normatividad en atención obstétrica en Colombia?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Comprender las experiencias de dos mujeres residentes en Palmira en torno a la atención recibida durante su embarazo, parto y posparto en el marco de la normatividad en atención obstétrica en Colombia

1.5.2 Objetivos específicos

- Reconocer las narrativas de dos mujeres residentes en Palmira en torno a la atención recibida durante su embarazo, parto y posparto.
- Explorar y analizar los avances en la normatividad sobre atención obstétrica existente en Colombia.
- Reconocer con profesionales vinculadas(os) a una institución de salud de Palmira, los procesos de atención al embarazo, parto y posparto en el marco de la atención obstétrica en Colombia.

2. MARCO TEÓRICO

A la luz de los principales temas que conciernen a la investigación, la epistemología más adecuada para conceptualizar y alcanzar los objetivos propuestos es la fenomenología; con el propósito de comprender qué sucedió durante los procesos de atención a las mujeres en el EPP desde sus propias voces. Asimismo, es preciso articular a la investigación la noción de violencia de género, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, y los postulados de diferentes corrientes feministas como: el feminismo interseccional y el feminismo radical; y, por último, la noción de experiencia, ya que permite un acercamiento a la subjetividad expresada en las narraciones de las mujeres.

La violación sistemática de derechos humanos, sexuales y reproductivos en la atención médica de procesos de EPP es conocida como VO, en la medida que afecta y vulnera el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre la función sexual y reproductiva de su cuerpo evitando que su salud sea plenamente garantizada. Es entonces que partir de la sociología y la antropología latinoamericana se ha identificado que este tipo de violencia es resultado del cruce entre sistemas desiguales de género y violencia institucional en salud (Magnone-Alemán, 2010); se ampara en mecanismos de desautorización de las mujeres y sus saberes en el momento de la atención de su proceso gestacional (Sadler-Spencer, 2003); puede pensarse en sus dimensiones física y psicológica (Rodríguez-Czaplicki, 2017); yace también tras omisiones y falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer gestante sobre los procedimientos que se le van a realizar y que pueden impactar su vida y la del neonato (Canevari-Bledel, 2011).

Según un estudio realizado entre la Unión Interparlamentaria y la Organización de Naciones Unidas (2016) los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas y definen las relaciones entre los individuos y las estructuras de poder, especialmente el Estado. Ahora, desde esta mirada, según las ideas de Ramírez-Saucedo *et al.* (2021), la VO se reconoce y conceptualiza como una modalidad de violencia institucional y de género; argumentan que las situaciones expuestas en la definición permiten analizar cómo muchas de estas atentan directamente contra los derechos humanos de las mujeres, tales como: a la vida, a la integridad personal, a la igualdad y a la no discriminación, a la libertad y autonomía reproductiva, a la información y libre consentimiento informado, a la protección a la salud y a acceder a una vida libre de violencia.

Si bien, existen varias corrientes feministas en la actualidad, la producción del feminismo interseccional y el radical ofrecen aportes sólidos para continuar conceptualizando lo que subyace a la VO. Desde las perspectivas feministas que abordan las jerarquías de género, las relaciones de opresión y el enfoque interseccional (el cual permite analizar cómo operan los diferentes sistemas de desigualdad) como ejes centrales de sus postulados, se hallan elementos importantes para comprender cómo la atención biomédica se articula a estas mismas jerarquías y relaciones sustentadas en un conocimiento cientificista y positivista que invisibiliza la subjetividad de las mujeres e ignora cómo la persona lejos de ser un objeto, es atravesada por los diferentes determinantes sociales, culturales, económicos y políticos que consolidan su vida (Bellón-Sánchez, 2015).

Mientras que el feminismo radical sostiene que la raíz de la desigualdad social es el patriarcado, definido como el sistema de opresión del hombre sobre la mujer, enfatizando en las relaciones de opresión entre los géneros, proponiendo entre sus objetivos centrales retomar el control sexual y reproductivo de las mujeres y aumentar su poder económico, social y cultural (Maldonado-Manzano *et al.*, 2021).

Por su parte, las nociones de Michel Foucault sobre la sociedad disciplinaria, el poder disciplinario y la biopolítica son relevantes para problematizar qué es, cómo opera y qué efectos tiene la violencia obstétrica sobre las mujeres. A través una lectura de Foucault (2002) se comprende la disciplina como un tipo de poder que logra un control sobre los individuos a medida que los concibe como dóciles y útiles a los intereses institucionales. Desde la sociedad disciplinaria se han producido y regulado costumbres, hábitos y prácticas sociales que garantizan la obediencia a las reglas y procedimientos; como en el caso de las instituciones de salud y la estandarización de la atención ginecobstétrica.

Respecto a lo anterior, los hospitales y las clínicas son instituciones disciplinarias desde las que se ejerce el biopoder como dispositivo de control a la población (Bellón-Sánchez, 2015). El centro de la biopolítica sería la administración de la vida, es decir, la regulación del crecimiento poblacional y también el control del cómo vivir adecuadamente, por lo que orienta quién vive y cómo debe vivir y crecer, también le interesa quién y por qué se embaraza, y a qué edad lo hace;

esto se logra ver expresado desde el aumento de control y la administración de la vida gracias a la atención del parto en hospitales y a la consolidación del campo de la obstetricia donde se generan normativas que van más allá de lo jurídico y se instauran en la “normalidad” social de las poblaciones.

Para comprender la experiencia, Larrosa-Bondía (2006) la considera como “eso que me pasa” (p. 88), es decir, eso exterior que sucede en mí y que me genera una transformación. Por un lado, se encuentran los principios de reflexividad, subjetividad y transformación, los cuales se relacionan con lo que sucede en la persona (internamente): la reflexividad, implica una salida del propio ser a un encuentro con eso exterior y cómo eso tiene un efecto interno. La subjetividad plantea que no hay experiencia general, sino que es propia e individual. La transformación plantea a un sujeto sensible, vulnerable y abierto a su propio cambio.

A diferencia de Larrosa-Bondía (2006), Dubet (2010) aporta a la noción de experiencia el análisis de la influencia individual en la separación del actor y del sistema. Desde esta mirada, la experiencia es social y se forma ahí donde la representación clásica de la sociedad no corresponde más a la realidad y donde los actores están supeditados a lidiar simultáneamente con las diversas lógicas de los sistemas estructurados con principios autónomos. Pero, al mismo tiempo, los actores no se adhieren totalmente a roles preestablecidos, sino que producen una distancia subjetiva con el sistema según la autonomía relativa que poseen.

Aparte de la producción literaria de Larrosa-Bondía (2006) y Dubet (2010) acerca de la experiencia, el concepto posmoderno de narrativas que presenta el autor Martin Payne (2002) dice que las narrativas son el relato de uno o varios sucesos personales de la vida de las personas, conformando la matriz de conceptos y creencias a través de las cuales las personas comprenden sus vidas y el mundo; donde hay una continua interacción entre los relatos que se cuentan en un momento dado, la forma en la que son vividos y los relatos que se cuentan cuando el momento ha pasado.

En aras de conectar la noción de narrativas y las posturas feministas, Payne (2002) señala cómo el feminismo ha discutido las formas en las que las actitudes patriarcales atraviesan las instituciones sociales desencadenando injusticias, a su vez reconoce que de no ser por este mismo,

no se habrían cuestionado las ya naturalizadas conductas machistas en las que los hombres incurren, como lo son el tono de la voz, el predominio en el diálogo, la pretensión de haber comprendido al otro en virtud de una inexistente empatía y otras normas culturales y de género.

En esta investigación la noción de embarazo, parto y posparto se aleja del modelo médico hegemónico que se refiere a la “biomedicina, medicina alopática o medicina científica” (Menéndez, 2020). Este modelo es acogido socialmente como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimado tanto por criterios científicos como políticos, donde la concepción del paciente es la de un portador de un saber médico equivocado o ignorante; como consumidor pasivo. Sin embargo, los paradigmas propuestos por Davis-Floyd (2001) en relación a la asistencia obstétrica contienen elementos clave para enmarcar tanto la noción de parto humanizado, como el EPP como, el paradigma humanista que hace énfasis en la conexión mente/cuerpo y ve al paciente como sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el clínico; mientras que en el modelo holista el cuerpo es visto como un sistema de energía que se interrelaciona con otros sistemas, concibiendo a la persona en su totalidad y teniendo en cuenta su contexto vital.

El embarazo, es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y psicosociales (Lugones-Botell y Ramírez-Bermúdez, 2015), además de los cambios organizacionales en el núcleo familiar, los cambios emocionales y de rutina de la mujer que atraviesa el embarazo.

El parto es el proceso por el que se produce el nacimiento del bebé y, por tanto, supone el fin del embarazo, puede ser de forma natural o requerir de ayuda médica, (Rodrigo *et al.*, 2023) en él se experimentan miedos, expectativas y transformaciones. El posparto es un periodo de tiempo de hasta 45 días en los cuales el cuerpo de la mujer que acaba de alumbrar vive transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional como la involución uterina⁷, además se establecen nuevas dinámicas familiares debido al nuevo integrante.

⁷ Según los centros médicos para el cuidado de la mujer AGE (2024) es la definición médica con la que se conoce al proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño habitual tras el parto.

A lo largo del presente escrito, se trabaja el término de parto humanizado, siendo este comprendido a la luz de lo planteado por el MNSSR (s.f.b):

Un parto respetado o humanizado tiene como centro la autonomía y el poder de decisión de la mujer. Este puede ser un parto vaginal o una cesárea donde se respeta la fisiología y ritmo del proceso, se interviene sólo de ser necesario con base en la evidencia científica actualizada y en las condiciones particulares de salud. Es un parto en el que se identifican, comprenden y respetan los aspectos socioculturales de la mujer o persona con capacidad de gestar, se le brinda apoyo emocional, se le da poder de decisión, y se le garantizan su autonomía y privacidad. (p. 2)

Partiendo de lo anterior, la presente investigación busca comprender “eso que les pasó” a las mujeres durante el EPP en el marco de la normatividad de atención ginecobstétrica y, especialmente, la Ley 2244 de 2022 del parto humanizado, apuntando a conocer sus experiencias a través de las narrativas, y si se dio una transformación en sí mismas y sus realidades.

3. MARCO CONTEXTUAL

Esta investigación se delimitó en el Municipio de Palmira-Valle del Cauca, ubicado en el suroccidente colombiano, con mujeres que hubiesen tenido su parto entre los años 2022 y 2023, teniendo en cuenta que este es un periodo pos-pandemia y no implicó las restricciones de circulación establecidas para ese momento a causa de la Covid-19, además es posterior a la aprobación de la Ley de parto Humanizado del 2020. El territorio de Palmira, en su conjunto (zona plana y zona de ladera), corresponde a un sistema de asentamientos de distinto orden (de población, industriales, institucionales). La división político-administrativa en comunas del municipio de Palmira está conformada por dos sistemas: uno urbano (barrios) y uno rural (corregimientos). El primero está estructurado por comunas, que van desde la comuna número uno hasta la comuna número siete; y el segundo, desde la comuna número 8 hasta la 16. Actualmente, se calcula que Palmira cuenta con una población aproximada de 350.000 habitantes (Secretaría de Planeación de Palmira, 2020).

Por otra parte, el municipio de Palmira tiene configurada su red por 363 prestadores de servicios en salud, distribuidos en 77 registradas con personería jurídica, dentro de los cuales se encuentran 2 de carácter público y 75 de carácter privado, los otros 286 prestadores tienen personería natural y todos son de carácter privado, aunque la mayoría corresponden al sector privado es necesario destacar que en ambos sectores se atienden tanto el régimen contributivo como el subsidiado.

De acuerdo con el DANE (2021), las cifras de natalidad para el año 2021 en Palmira fueron las siguientes: hubo 612.228 nacimientos a nivel nacional, de estos los rangos más altos corresponden a mujeres entre los 20-24 años (174.225) y entre los 25-29 años (153.071). Al departamento del Valle del Cauca le corresponden 46,706 de los nacimientos registrados, y a Palmira 3,341.

La afiliación de la población palmirana al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha aumentado a lo largo del periodo considerado, gracias a un incremento de la cobertura tanto del régimen subsidiado como del contributivo, con un mayor crecimiento de este último. La reducción de la población pobre no asegurada a lo largo del periodo considerado es la evidencia

más clara de dicho aumento de cobertura. Sin embargo, un aspecto que se mantiene en los años analizados es la mayor proporción femenina ubicada en el régimen subsidiado frente la proporción masculina, lo que ubica a las mujeres como una población de mayor vulnerabilidad que requiere del soporte estatal (Secretaría de Salud de Palmira, 2023), lo anterior da lugar cuestionar si esto permite o no el cumplimiento de la Ley de trato humanizado, cuando son en mayoría las mujeres quienes acceden a un servicio de salud subsidiado.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Considerando la naturaleza del problema a estudiar y los objetivos planteados, el método cualitativo fue propicio para reconocer las experiencias de las mujeres sobre su atención en el embarazo, parto y posparto, esto permite acercarse a la dimensión subjetiva de las mujeres que participan de este estudio, a través de la escucha de sus narrativas, lo que ofrece conocer aspectos clave del alumbramiento desde la voz de las mujeres. De acuerdo con Vargas-Beal (2011) la metodología cualitativa busca observar necesariamente de manera subjetiva algún aspecto de la realidad, desde esta lógica se indaga por el mundo interior de las personas participantes y sus interpretaciones de lo que les sucede. Según los planteamientos de Bautista-López (2010) es imprescindible que en la investigación cualitativa no se pierda de vista que el eje orientador son las interpretaciones del mundo social según sus propios agentes.

Esta es una investigación cualitativa de tipo descriptiva. Además de esto, es inductiva, ya que se parte de las experiencias de las mujeres sobre la atención recibida en instituciones hospitalarias durante su EPP, para posteriormente señalar la normatividad vigente en relación con las experiencias de las participantes de la investigación.

4.1 Técnicas utilizadas

Se plantearon técnicas que permitieran conocer aspectos íntimos de las mujeres participantes, esto fue posible gracias a las entrevistas en profundidad que se desarrollaron acompañadas de dos técnicas: viaje en el tiempo y “el mural de situaciones”. Según los planteamientos de Varguillas-Carmona y Ribot de flores (2007) la entrevista a profundidad “Se caracteriza por una conversación personal larga, no estructurada, en la que se persigue que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, o preferencias sobre el tema objeto estudio” (p. 250). Frente a esto, Robles (2011) expresa que en estos espacios no hay intercambio formal de preguntas y respuestas, sino que, por el contrario, se establecen temas generales a modo de guión que se irán abordando de manera cuidadosa y que, por lo tanto, implican una capacidad creativa por parte de los encargados.

Conforme a García-Chacón *et al.* (2002) las técnicas interactivas “activan la expresión de las personas y facilitan el hacer ver, hacer hablar, hacer recuperar, hacer recrear y hacer analizar; son

mecanismos que permiten visibilizar sentimientos, vivencias y formas de ser, creer, pensar, actuar, sentir y relacionar” (p. 48). En este sentido, las técnicas utilizadas resultaron apropiadas para estimular en las mujeres participantes la memoria sobre sus experiencias de atención obstétrica, de igual manera la línea de tiempo y mural de situaciones, construidas con ellas generaron condiciones para la expresión de sentimientos, creencias, pensamientos y relaciones. Estas permitieron un acercamiento a la concepción de maternidad de las mujeres y sus experiencias durante el proceso de EPP. Luego de presentar el objetivo de la investigación e identificar la voluntad de participar en la misma, se realizaron 3 encuentros.

La realización de las técnicas interactivas se llevó a cabo de la siguiente manera: con Danna, quien es una de las participantes que presentaremos más adelante, se acordaron dos sesiones, ambas fueron en la Iglesia Carismática Familiar (Palmira). La primera fue el 2 de marzo del 2024, duró aproximadamente una hora; la segunda sesión se pactó con el propósito de recabar más información para complementar el análisis de la investigación, esta fue el 18 de mayo del mismo año, y duró aproximadamente 30 minutos. Con Lucia, la segunda participante de la investigación, por su parte, se realizó un único encuentro el día 24 de mayo del 2024 en casa de una de las entrevistadoras quien también reside en Palmira. Durante los tres encuentros estuvieron dos investigadoras: en el primero Karen y Marby, en el segundo Daniela y Marby y, en el último, Karen y Daniela. En cada uno, previamente se distribuyeron las funciones, las preguntas contenidas en los instrumentos de entrevistas y quien se encargaría de cada técnica.

Mediante el viaje en el tiempo se dio lugar a los recuerdos, lo que permitió que las mujeres señalaran aspectos que consideran importantes sobre la maternidad, remontándose a la relación con sus madres y sus parientes. Aquí expresaron sus sentimientos, pensamientos y miedos sobre la maternidad, tanto la vivida en su infancia, como la imaginada y vivida actualmente con sus hijas. En este sentido, se construyó una línea de tiempo en la cual se resaltaron momentos claves para las mujeres en la definición de su idea de maternidad, usando los siguientes ejes temáticos para guiar la conversación fueron: relación con los miembros de la familia (principalmente su referente de maternidad), sus creencias, sus pensamientos y educación recibida sobre la sexualidad, la construcción de su proyecto de vida y relación con sus grupos de pares. Ver anexo 2.

Para el mural de situaciones las mujeres usaron herramientas didácticas como: fotos, dibujos, frases, pliego de papel Kraft etc, para expresar su experiencia sobre la atención de su EPP en la institución clínica. Mediante una conversación dirigida por ítems, y la construcción de una cartelera con imágenes, frases y situaciones específicas de su EPP, se identificó junto con las mujeres asuntos clave de la atención como la relación personal de salud, la información recibida acerca del estado de salud del neonato, así como los cuidados durante el embarazo y el posparto, los controles y tiempos de atención, el acompañamiento psicosocial y el estado de las instalaciones sanitarias. Ver anexo 3.

Por otro lado, en el Hospital no fue posible establecer entrevistas a profundidad, si bien hubo apertura para entrevistar diferentes profesionales, los tiempos eran limitados debido a sus ocupaciones. En consecuencia, se realizaron entrevistas semi estructuradas para lograr indagar información que permitiera una comprensión amplia del problema de investigación. Ver anexo 4. Begoña Munarriz (1992) “se refiere a la conversación mantenida entre investigador/investigado para comprender a través de las propias palabras de los sujetos investigados, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones, experiencias que ellos tienen respecto a sus vidas” (p. 112); la autora describe que esta técnica se usa para recoger información más delicada y gracias a la flexibilidad que ofrece permite recabar datos nuevos a partir de las interrogantes que van surgiendo durante la misma, es entonces que consideramos precisa esta técnica porque nos facilitara indagar sobre nociones puntuales acerca de la aplicación de la Ley de parto humanizado en las instituciones de salud. Esta técnica resulta pertinente para guiar la conversación con los profesionales de salud a partir de categorías e interrogantes previamente preparadas que estarán delimitadas de acuerdo con los intereses de esta investigación.

El 4 de julio se realizó una visita a la institución, en esta se logró conocer las instalaciones del Servicio y establecer contacto con el resto de las profesionales a entrevistar. El martes 9 de julio de 2024 se realizaron las entrevistas a tres profesionales del área de Ginecobstetricia, participaron una enfermera, una psicóloga y una trabajadora social, quienes desde su quehacer profesional señalaron los procesos de atención en ginecobstetricia. Las entrevistas fueron planeadas inicialmente para llevarse a cabo con profesionales de los dos hospitales en los cuales fueron atendidas las entrevistadas, pero solo se logró obtener respuesta por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Con el propósito de conocer la normatividad sobre atención humanizada se realizó un análisis documental, el cual según lo propuesto por Tania Peña-Vera (2022) es el desglose o desmonte de un todo en sus partes esenciales, donde resulta indisociable el proceso de lectura, identificación de palabras claves, caracterización de la estructura del texto entre otros. Así también retomamos lo propuesto por Dulzaides-Iglesias y Molina-Gómez (2004) quienes señalan que esta técnica nos remite a desglosar el contenido analizado mediante la identificación del patrón de organización y su respectiva representación constituye una “radiografía analítico-sintética” en la que se han puntualizado los aspectos esenciales, que permitirán la realización de las operaciones intelectuales de comprensión profunda.

Inicialmente se hizo un rastreo por países señalando los avances más significativos, sin embargo, para un desarrollo más coherente se optó por organizar los avances en forma de línea de tiempo según año de surgimiento llegando finalmente a la Ley 2244 de 2022 de Colombia, de la cual se desarrolló un análisis particular mediante los criterios señalados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para realizar un análisis estructurado de la Ley, ver anexo 1. Esta técnica permitió explorar la noción del parto humanizado en diferentes países y el avance en el reconocimiento social y normativo de la violencia obstétrica.

4.2 Presentación de las mujeres y las profesionales entrevistadas

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las dos mujeres entrevistadas, entre ellas: edades, estado civil, ciudad de origen, pertenencia étnica, régimen de salud, nivel de escolaridad, ocupación, religión, el número de hijos y la fecha del parto:

Tabla 1. Características de las mujeres entrevistadas.

Danna		Lucia	
Características sociodemográficas		Características sociodemográficas	
Edad	26	Edad	27
Estado civil	Casada	Estado civil	Unión libre
Nació en	Palmira	Nació en	Palmira
Etnia	Ninguna	Etnia	Afrodescendiente
Régimen de salud	Subsidiado	Régimen de salud	Subsidiado
Nivel de formación académica	Estudiante de Pregrado	Nivel de formación académica	Tecnólogo
Ocupación	Ama de casa y Emprendedora	Ocupación	Ama de casa y Emprendedora
Religión	Cristiana	Religión	Cristiana
Número de hijos	1	Número de hijos	1
Fecha de parto	28 de abril del 2023	Fecha de parto	5 de septiembre del 2023

Fuente: elaboración propia con información de las mujeres entrevistadas.

A continuación, se presenta información ampliada de las dos mujeres entrevistadas, a quienes por motivos de confidencialidad se les cambiaron los nombres. Seguidamente se presentan a las profesionales.

Danna

Danna nació en Palmira y a los 3 años se mudó a España con sus progenitores, quienes viajaron en busca de oportunidades laborales. Por motivos de salud de su progenitora debió regresar junto con ella después de ocho años. Hace tres años inició una relación de noviazgo con su pareja y están planeando casarse, al momento de la entrevista afirma que viven junto a su hija de un año y medio en la comuna 2 de Palmira. La pareja de Danna se formó como administrador de seguridad y salud ocupacional, actualmente labora como analista Nacional de monitoreo transaccional en un banco. Por su parte Danna se reconoce como ama de casa y emprendedora; comenzó estudios universitarios que en este momento tiene pausados para atender los cuidados de su hija. Su deseo es retomar su formación universitaria, pero se le dificulta debido al cuidado de su hija.

Lucía

Nació en Palmira, municipio en el que vive con su pareja, hija, padres, hermanos y sobrinos en la comuna 2 de Palmira. Su relación de pareja lleva cuatro años, de los cuales han vivido juntos un año y medio. La pareja de Lucia es empleado y Lucía terminó estudios en una tecnología en gestión empresarial, expresa que tiene como meta a largo plazo continuar con un pregrado de manera virtual o presencial.

Cuenta con un emprendimiento virtual de venta de ropa. Antes del embarazo trabajaba en un restaurante donde cumplía diferentes funciones. En relación con sus redes de apoyo, se identificó durante la entrevista que tanto su familia como la de su pareja apoyaron su proceso de embarazo y en la actualidad lo siguen haciendo.

Cabe recalcar que ambas mujeres asisten a la iglesia cristiana protestante, medio por el cual fueron contactadas.

Profesional de Enfermería

La mujer que ocupa este cargo se encuentra vinculada en la subgerencia científica de la Institución desde hace dos años. Realiza acciones administrativas, tales como la gestión de personal, inducciones y reinducciones y capacitaciones; actualización de protocolos y de guías de atención médica con base en lineamientos del Ministerio de Salud; construcción de indicadores de atención y seguimiento para garantizar su cumplimiento. Excepto algunas situaciones que requieran de una intervención desde la dirección del Área no realizan atención directa con las mujeres que asisten al servicio de ginecobstetricia.

Profesional de Psicología

Es una profesional egresada de la Universidad del Valle, ingresó al Hospital en el año 2022. Su experiencia principal es en el área clínica para lo cual se ha formado en atención a víctimas de violencia sexual y valoración de personas con dificultades cognitivas. Desde su vinculación al Hospital se ha desempeñado en el área de puerperio y en urgencias, y actualmente está vinculada

a todos los servicios de la Institución; a su vez, forma parte del equipo profesional de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle ESE.

Profesional de Trabajo Social

Profesional de Trabajo social quien también cuenta con pregrado en psicología, vinculada al Hospital hace cinco años ejerciendo inicialmente como psicóloga y posteriormente ocupando el cargo de Trabajadora Social en todos los servicios del Hospital. Participa de los comités municipales de violencia, de adulto mayor y de Grupo de Acción Inmediata.

Cabe resaltar que el Hospital no cuenta con un equipo de Psicología ni Trabajo Social en cada área de la Institución, de manera que las profesionales se encargan de la atención en todos los servicios. Las actividades que realizan junto a las usuarias del área de gineco-obstetricia se enfocan en el acompañamiento a estas durante sus controles, donde se busca prepararlas para su embarazo e identificar situaciones de riesgo en su contexto social y familiar.

4.3 Reflexiones personales sobre la experiencia metodológica

Realizar un ejercicio de reflexión sobre la experiencia metodológica en el desarrollo de la investigación permite identificar los retos que atravesaron el proceso. En este sentido, la carga de adjetivos en el análisis e interpretación vislumbraba los juicios personales de las estudiantes-investigadoras, por lo cual se llevaban a cabo reflexiones colectivas que permitían identificar y minimizar la saturación del análisis de la mirada personal. Así, en la medida que se avanzaba fue necesario interpelar las posiciones personales de forma que se lograra problematizar, pero a la vez reconocer los avances.

De igual manera, se reconoce que hubo sentimientos de frustración producto de las dificultades al establecer comunicación directa con las instituciones de salud. Esto implicó reformular los objetivos y centrarse en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, además esta institución facilitó el acercamiento a más profesionales de lo esperado previamente, enriqueciendo la investigación al contar con perspectivas de diferentes profesiones.

Finalmente, es pertinente mencionar que a la hora de elaborar los instrumentos de entrevistas, fueron contruidos bajo expectativas sobre lo que se esperaba conversar con las participantes, por lo cual, las preguntas y ejes temáticos que dirigieron la entrevista piloto estaban orientados a encontrar una respuesta específica, aspecto que fue detallado por la directora de la monografía, quien dio la respectiva retroalimentación para corregirlas y de esta manera orientar la investigación por lo que plantearon las entrevistadas y no por lo que nosotras como investigadoras esperábamos.

5. HALLAZGOS

5.1 Análisis de la Ley 2244 de 2022 - Ley del parto humanizado, digno y respetado

En este apartado se decidió hacer un breve recorrido cronológico y por diferentes países de los desarrollos en torno al parto humanizado y la violencia obstétrica, para lo cual se tomaron textos como los de Sedano *et al.* (2014); Almaguer-González *et al.* (2012); Tahara-Sasagawa *et al.* (2023); Lampert-Grassi (2023); Li *et al.* (2015); Brigidi. (s.f.); Marroquín-De Cruz (2024); Downe *et al.* (2018) y Behruzi *et al.* (2010); que se han ocupado de la historia de la obstetricia, el parto humanizado, y la violencia obstétrica. El sentido de esta cronología es comprender la evolución de algunos de los marcos legales y su impacto en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, identificando los logros, desafíos y brechas que aún persisten en la implementación de estas normas. En un segundo punto se presenta un análisis de la Ley 2244 de 2022, desde la cual se identifica el avance en la atención humanizada en Colombia. De esta manera con este apartado se amplifica la comprensión de la experiencia de las dos mujeres que narraron su embarazo, parto y posparto.

5.1.1 Una aproximación a los desarrollos en torno al parto humanizado y la violencia obstétrica

Los primeros registros que se tienen sobre la atención del parto indican que se trataba de un proceso que vivían las mujeres en solitario y sin ayuda; en el mejor de los casos eran auxiliadas por hechiceras, curanderas y médicos de la época o incluso sus maridos. Sin embargo, en el año 6000 a.C., se empieza a considerar la ayuda al nacimiento como un “arte” y algunas mujeres se fueron formando a través de la experiencia para esta labor, obteniendo reconocimiento para acompañar a otras en el momento de parir. Éste fue el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o en griego “obstetrix” (palabra de la que derivan obstetricia y obstetra) (Sedano *et al.*, 2014).

La primera descripción de un parto fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.) en su libro “Naturaleza del Niño”. Hacia el siglo XVII, cuando finaliza la Edad Media y comienza el Renacimiento, los colegios médicos conformados mayormente por hombres, ajustaron la forma en

la que la mujer daba a luz para su comodidad e inventaron el fórceps, práctica que se da exclusivamente en hospitales⁸.

En el siglo XVIII los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a rotar en las salas donde las mujeres daban a luz, dando lugar al estudio del parto como una ciencia, se ubicaba a las mujeres en posición horizontal a la hora del parto, lo cual resultaba más cómodo para el médico. En el siglo XIX, mejoraron las condiciones de asepsia, lo que disminuyó los riesgos de morbi-mortalidad para el bebé y la madre en el alumbramiento.

En el siglo XX, los desarrollos científicos y tecnológicos avanzan y con ello se han minimizado los riesgos en el parto, no obstante, la madre y la familia han perdido el derecho a su intimidad y a decidir. Figuras como las del francés Fernand Lamaze, los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, el gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent y el médico David Chamberlain, revolucionan y enriquecen el campo de la obstetricia al considerar factores como la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor de la mujer. De igual modo profundizaron en la importancia del apego y en la experiencia del contacto físico piel a piel, para la salud física y emocional del binomio madre-hijo (Almaguer-González *et al.*, 2012).

En 1911 el emperador Meiji fundó el “Imperial Gift Foundation” con el propósito de brindar atención médica a los pobres (Organización de bienestar social Saiseikai Imperial Gift Foundation [OBSSIGF], s.f.) y en 1936 que amplían su oferta de servicios para incluir a mujeres embarazadas a través de la publicación de un "Manual de salud materno infantil" y el apoyo de las autoridades locales. Desde entonces Japón ha expandido esta iniciativa a través de programas para apoyar la salud y el bienestar de las madres (Behruzi *et al.*, 2010); en 1948 se firma en París la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, conformada por treinta artículos que establecen los derechos fundamentales que deben ser protegidos para todas las personas en todo el mundo, y de los cuales se desglosan distintas leyes que favorecen a toda la población mundial (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

⁸ Los fórceps son similares a dos grandes cucharas para ensalada. El médico las utiliza para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto.

En 1973, nace la Red Europea de Asociaciones que trabajan por el parto y el nacimiento respetado (ENCA) buscando compartir experiencias y campañas para mejorar los servicios de maternidad en el continente (El Parto es Nuestro, 2018). En Japón, en 1974 nace la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) que tiene como objetivo hacer que el lugar de nacimiento sea más "humanizado" respetando la dignidad y la autonomía de las mujeres a través de la implementación de proyectos de cooperación internacional (Tahara-Sasagawa *et al.*, 2023). Mientras tanto en Latinoamérica se publica La Declaración de Fortaleza “El Embarazo y Parto no es una Enfermedad” en 1985 (Marroquín-De Cruz, 2024).

En diciembre de 1993 la ONU expide la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, reconociendo la urgente necesidad de una aplicación universal de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos. Un año después, el 9 de junio de 1994 se celebra la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “convención de Belem do Para”*, la cual en el artículo 2º contempla la VO y destaca en el artículo 9º que “los Estados Parte tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica” (Departamento de Derecho Internacional [DDI], 1994).

En Uruguay se aprueba la Ley 17386 de 2001, en la cual se responsabiliza a todo centro asistencial de informar en detalle a la embarazada sobre el derecho de ser acompañada durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, especificando que esta persona debe estar entrenada para brindar un apoyo emocional a la mujer.

En 2003 en Francia aparecen asociaciones al servicio de la maternidad como Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) y Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) comprometidas a informar a las mujeres, de manera que estas mismas puedan tomar sus propias decisiones con respecto al parto y al cuidado del recién nacido, y en pro de la defensa de los derechos y las expectativas de las mujeres embarazadas (Lampert-Grassi, 2023). Argentina, en el 2004, promulga la Ley 25929 de 2004 que aboga por los derechos de las madres, los recién nacidos/as y sus familias al momento del trabajo de parto, parto y posparto, donde están detallados los distintos derechos que deben garantizarse a la mujer, el recién nacido/a y su familia.

En el 2006 en Taiwán se establece el modelo de parto amigable que reduce el uso de anestesia epidural y la medicación de inducción, lo cual mejora la satisfacción auto-informada y conlleva diferentes resultados en el embarazo en comparación con la atención de rutina (Li *et al.*, 2015). De manera sincrónica, en Puerto Rico se aprueba la Ley 156 de 2006 conocida como Ley de Acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y posparto, en la que se consolida un apartado de definiciones, los derechos de las mujeres gestantes, de los recién nacidos, de los padres y madres, la responsabilidad de dar a conocer la Ley en las diferentes instituciones a las que les compete y la multa frente a la violación de los derechos establecidos en la Ley.

En el siguiente año, Venezuela aprueba la Ley 38668 de 2007 o Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, dentro de las cuales se reconoce la violencia obstétrica como una de las más novedosas. En el artículo 51 se categorizan 5 actos de violencia obstétrica y sus respectivas sanciones; y en el artículo 52 habla de la esterilización forzada. En 2008 nace la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426) que incluye la protección contra la violencia obstétrica. Ya en el 2009 en Argentina se aprueba la Ley de Protección Integral de las Mujeres o Ley 26485 de 2009, la cual reconoce y define la VO en su artículo 6. como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

En Sudáfrica en año 2012 surge la campaña para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) en el Hospital Osindisweni del distrito Ethekwini (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2012), la cual busca favorecer la puesta en práctica de actividades para frenar la mortalidad materna e infantil y cumplir las metas de África para los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuatro y cinco: reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna y reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2015. Mientras que en Ecuador aparece el colectivo “El Parto es Nuestro” el cual ha apostado por dar a conocer el concepto y las prácticas de la VO. Un año después en México los Estados de Chiapas, Guanajuato y Durango han incorporado en su legislación el concepto VO y en los estados de Estado de México, Guerrero y Veracruz se encuentra tipificada como delito (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2013).

En Colombia, específicamente en la ciudad de Cali se funda en 2013 la Asociación Parir (APARIR, 2022), que cuenta con un equipo interdisciplinario que apoya a personas y familias en su derecho a decidir en sus partos y nacimientos, promoviendo el parto respetado, los derechos sexuales y reproductivos y la crianza respetuosa; también ofrece capacitación y orientación a diferentes entidades a través del diseño y ejecución de talleres para profesionales de la salud y comunidad en general. Otra asociación relevante en el país es “La Asociación de Parteras Unidas del Pacífico” (ASOPARUPA, 2013), a pesar de que no se sabe el año exacto en que se fundó, se conoce que es una organización de base conformada por mujeres y parteras, con la misión de proteger los derechos de las mujeres y salvaguardar el patrimonio cultural de los saberes asociados a la partería tradicional afro como aporte al cuidado del medio ambiente, de la salud de la mujer, el tejido social y preservación de los valores intangibles de la comunidad afro del Pacífico colombiano. Y es justo destacar que, de no ser por estos movimientos, la VO seguiría siendo invisible y desconocida para la sociedad civil, académica y la agenda pública del país.

Posteriormente en 2016 Paraguay aprueba la Ley 5777 de 2016 que consagra la VO como un tipo de violencia, sin embargo, no menciona las conductas constitutivas, sus impactos en la vida de las mujeres y las respectivas sanciones.

En 2017 se elabora el Informe integral de los derechos humanos de las mujeres indígenas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2017), en el cual se reconoce la existencia de la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra la mujer y se enfatiza en que los Estados tienen el deber de modificar prácticas judiciales y consuetudinarias que sustenten y toleren la VO. Simultáneamente, en Colombia se debaten el Proyecto de Ley 063 de 2017 y el Proyecto de Ley 147 de 2017, en el primero estipula que entre los derechos de las mujeres está el de recibir según sea el caso y de acuerdo con las posibilidades de existencia de recursos de la institución, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente administrada por un médico especialista anestesiólogo con el fin de asegurar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido. El segundo por su parte contempla medidas para garantizar un parto digno teniendo como objetivo identificar y prevenir las conductas que atentan contra los derechos de la mujer, y también recalca que en el país no se ha efectuado un esquema de protección, prevención y sanción de aquellas conductas que configuran VO.

En 2018 nace en Colombia el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva⁹ (MNSSR, s.f.a), el cual participó activamente en diferentes mesas de trabajo que años más tarde darían como resultado la elaboración y posterior aprobación de la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado. Este movimiento se trata de una red de personas y organizaciones de carácter interdisciplinar, de base social que une tejidos, luchas, experiencias, recursos y deseos en un movimiento con presencia en todo el territorio nacional. Trabaja en la construcción de caminos que permitan a las mujeres vivir su sexualidad de manera libre, autónoma e informada a través de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque diferencial, territorial, étnico y de género, y buscando cambiar la manera en que la sociedad comprende el parto y nacimiento.

Desde entonces este movimiento ha asumido la misión de incidir políticamente sobre estos temas, a participar en conversatorios para visibilizar la partería, el parto humanizado, el aporte de las doulas y la violencia ginecobstétrica. Fruto de ello, han realizado diferentes proyectos como: un estado del arte con los documentos académicos sobre partería y violencia obstétrica, foros sobre el parto respetado y la VO, la primera encuesta de parto y nacimiento, cuyos resultados evidencian las diferentes violencias a las que son expuestas las mujeres gestantes en Colombia; herramientas que constituyen un gran insumo para que la institucionalidad y otras organizaciones puedan escuchar las voces de las mujeres y cuerpos que gestan, y a partir de esto legislar sobre estos temas.

Para el 2018, en Ecuador surge la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (Ley 175 de 2018) en la cual, la Asamblea Nacional de la República de Ecuador implementó esta Ley que en su artículo 10 considera la VO como un tipo de violencia, y a su vez la judicatura puso en marcha un plan de implementación normativo y creó la Unidad Judicial de violencia contra la mujer en infracciones flagrantes lo cual permite al sistema judicial dar una respuesta especializada e inmediata. A su vez en África, particularmente en Kenia, Tanzania, Sudán y Sudáfrica, se desarrolla el Enfoque de Atención Materna Respetuosa, centrado

⁹ Entre las organizaciones y asociaciones que pertenecen al MNSSR se encuentran: Anam Cara, Asociación Parir (APARIR), Asociación de la red interétnica de parteras y parteros del Chocó (Asorediparchoco), Bien Parida, Casa Utera, Colectiva Bxisqua, Observatorio de SSR de Colombia Huitaca, Camino Claro en Santander, las Parteras del Putumayo, los Quilombos de Bosa, la Red de Parteras de Bosa, la Partería Muisca entre quienes están los Cabildos de Bosa, Soacha, Organización Katoni Piru, Mujeres Bachué; la formación de Parteras del Chocó, Rediparchoco, la organización de Buenaventura Asoparupa, las parteras de Nariño, las parteras del Cauca, las parteras Misak, entre otros.

en brindar una atención segura, y respetuosa durante el EPP, buscando mejorar las experiencias de las mujeres y los resultados de salud (Downe *et al.*, 2018).

En el 2019 la Resolución 2306 de 2019 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo reconoce la VO y ginecológica. En el año 2020 surge en España la Ley Catalana Ley 17 de 2020¹⁰, la primera en Europa que reconoce la violencia obstétrica como violencia de género (Brigidi, s.f.).

En Colombia, en el año 2021, la Corte Constitucional emite la Sentencia T-357/2021, derivada de la acción de tutela instaurada en el año 2021 sobre el daño causado en ocasión de una histerectomía parcial debido a restos placentarios, para abordar el caso se incorporó la perspectiva de género, un enfoque que evidenció posibles prácticas constitutivas de violencia obstétrica. Para 2022 en Estados Unidos surge el Plan de la Administración Biden-Harris para abordar la crisis de salud materna y combatir la mortalidad y la morbilidad maternas. Su enfoque ha sido reducir las disparidades en los resultados de salud materna y mejorar la experiencia general del embarazo, el parto y el posparto para todas las mujeres en los Estados Unidos (The American Presidency Project, 2024).

Ese mismo año, en Colombia, la Corte Constitucional dicta la Sentencia SU-048/2022, en la cual la demandante decide interponer una tutela por la falla en la prestación del servicio médico que derivó en el fallecimiento del neonato, además de que se marca un hito significativo con la aprobación de la Ley 2244 de 2022 de “Parto Humanizado, Digno y Respetado”. Esta Ley tiene como objeto “reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, conciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos”.

Después de este recorrido, para lo cual se realizó un paneo general sobre la forma en que se ha venido reconociendo la atención ginecobstétrica, el parto humanizado y la violencia obstétrica a continuación se centra la mirada en la Ley 2244 de 2022, marco legal que ratifica los derechos de la mujer y la reivindicación de sus voces en Colombia pues su elaboración y aprobación fue fruto del trabajo mancomunado no solo del Congreso de la República, sino también de los esfuerzos de organizaciones y colectivos de mujeres.

¹⁰ La cual es una modificación de la Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

Un hallazgo importante de esta cronología es el papel clave de las organizaciones y colectivos de mujeres en el reconocimiento y visibilización del parto humanizado. Por ejemplo, en Argentina el movimiento feminista tuvo un rol importante, pues la presión de estas organizaciones fue crucial para que se promulgara la Ley 25929 de 2004. En Brasil, el Grupo Curumim logró que el gobierno implementara políticas de salud materna (Fundo Brasil, 2011), en Uruguay la ONG feminista Mujer y Salud trabajo para que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18426 de 2008) incluyera la protección contra la VO (Mujer y Salud Uruguay [MYSU], s.f.).

Es necesario continuar investigando y aportando al reconocimiento de la VO en el panorama legislativo, si bien, algunos países han visibilizado esta problemática, en otros, como Colombia la legislación no la reconoce, lo que dificulta que se adelanten acciones para prevenir la VO e intervenir la misma.

5.1.2 Ley 2244 de 2022 - Colombia

La Ley 2244 de 2022 es una Ley ordinaria que nació en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes ¹¹, en la que se presentó el informe de ponencia para el primer debate del Proyecto de Ley 454 de 2022 Cámara 191 de 2020 Senado, superando todos los procesos necesarios para finalmente ser sancionada por el Gobierno el día 11 de julio de 2022¹². Si bien dentro del documento oficial de la Ley no se plantean antecedentes, justificación o una definición clara del problema, su predecesor, el Proyecto de Ley 454 de 2022 da lugar a estos aspectos que son fundamentales para la construcción de una Ley. El siguiente análisis retoma ambos documentos y se realiza a partir de los criterios propuestos por Caballero-Álvarez (2019) quien retoma a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para realizar el análisis de

¹¹ Ley ordinaria: tiene un trámite sencillo de aprobación no requiere el total de los asistentes de la corporación o comisión en la que se tramite, sino que deben ser votadas afirmativamente por la mitad más uno de los asistentes a la sesión (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 146).

¹² El proceso de aprobación de la Ley 2244 de 2022 continuó con su radicación en la Secretaría del Senado de la República el 4 de agosto de 2020 por los congresistas Jairo Cristancho Tarache, Teresa Enríquez Rosero y María Cristina Soto de Gómez, siendo aprobado en primer debate el 25 de mayo de 2021 y en plenaria el 6 de abril de 2022. Posteriormente, fue radicado en Cámara de Representantes el 27 de abril de 2022 (de conformidad con el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia, 1991) y se repartió a la Comisión Séptima de la Cámara el día 4 de mayo de 2022, asignando como ponentes a los Representantes Jairo Cristancho Tarache y Carlos Eduardo Acosta, siendo aprobado en primer debate el 18 de mayo de 2022 y posteriormente en segundo debate el día 10 de junio de 2022, para finalmente ser sancionada (Acosta-Lozano y Cristancho-Tarache, 2022).

una legislación. Por último, la violencia obstétrica no es mencionada en ninguno de los documentos, lo que genera inquietudes respecto a la invisibilidad que conlleva tanto para las mujeres como para los prestadores del servicio de salud.

5.1.2.1 Definición correcta del problema

Según este criterio, el problema debe presentarse en términos precisos, con evidencia adecuada sobre su naturaleza y magnitud, y con una explicación de su origen. En este sentido, el Proyecto de Ley 454 de 2022 se fundamenta en datos estadísticos y perspectivas interdisciplinarias para argumentar la existencia de una problemática que se manifiesta en el exceso de intervenciones sobre el proceso de embarazo de las mujeres, desdibujando el mismo como un proceso natural, en el que la mujer debe tener voz y autonomía.

Frente a esto, se plantea que la OMS (2018) considera el parto como un proceso fisiológico que para la mayoría de las mujeres y los bebés se puede llevar a cabo sin complicaciones, pero que “en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés” (p. 1).

La OMS (2018) estipula la existencia de prácticas medicalizadas que no muestran evidencia científica y que afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el embarazo, parto y posparto, de manera que si la mujer y el feto no se encuentran en peligro no deberían ser utilizadas. Sin embargo, dentro del documento se plantea que la mayoría de estas se continúan realizando en diversas partes del país, afirmación que se basa en estudios adelantados por diferentes instituciones de educación superior del país¹³, lo anterior evidencia relaciones de poder entre las instituciones, los agentes de salud y las mujeres.

¹³ Los estudios retomados en el documento son: Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá (2012); “Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá (2016)”; “Caracterización de la violencia obstétrica en mujeres que asisten a los hogares FAMI de la Asociación 31 de marzo en la ciudad de Popayán” (2016); “Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network” (2018); . “Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective” (2018).

Además, el Proyecto de Ley 454 de 2022 retoma las cifras presentadas por el DANE (2016), a partir de las cuales plantea que en Colombia se ha evidenciado una excesiva medicalización y patologización de los embarazos y los partos, que va en aumento en el país, con porcentajes de cesáreas del 45% de los nacimientos en todo el territorio nacional. En los departamentos de Atlántico (68%), Bolívar (60%), Cesar (59%), Córdoba (67%), La Guajira (50%), Magdalena (64%), Nariño (52%), Norte de Santander (53%), Santander (53%), Sucre (73%) y San Andrés (76%), los nacimientos por cesárea superaron en número a los nacimientos espontáneos (DANE, 2016). Estas cifras demuestran un alejamiento de las recomendaciones de la OMS (2015) al priorizar el proceso natural del embarazo, pues “a nivel de población las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” y, por el contrario, “las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte” (p. 4).

5.1.2.2 Justificación de la acción estatal

Este criterio se refiere a la existencia de evidencia suficiente que sustente la regulación de la Ley. Los argumentos presentados en el Proyecto de Ley 454 de 2022 se centran en la intención de cumplir los lineamientos internacionales y nacionales de la atención materna, basada en el respeto, y que contribuya a disminuir las inequidades sociales en torno al acceso a los servicios de salud de calidad y a la garantía de los derechos humanos de las mujeres y de las redes sociales que las apoyan. Se espera que sea una base para redirigir los servicios de salud y la pronta adaptación de los protocolos de atención de acuerdo con las últimas recomendaciones que sobre el tema realizadas por la Organización Mundial de la Salud.

El proyecto de Ley retoma autores que explican las transformaciones que vive una mujer durante este proceso y la necesidad de un acompañamiento que tenga en cuenta sus particularidades y su entorno. Se encontraron argumentos que plantean que el significado del parto está directamente relacionado con las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar recibido, que las creencias, los valores culturales, los diferentes estilos de vida y el parentesco del acompañante de la mujer en el periodo posparto son factores altamente influyentes en la vivencia del parto y, por tanto, el apoyo emocional y familiar es un asunto crucial en el momento de este mismo (Cáceres-Manrique, 2012; Marin *et al.*, 2009).

Además, promueve el reconocimiento de la diversidad étnica, y busca contribuir a la operativización de las adecuaciones culturales de los servicios de salud, particularmente en la atención del embarazo, parto y posparto, de tal manera que se favorezcan los diálogos de saberes entre el sistema de salud y el sistema médico tradicional (Acosta-Lozano y Cristancho-Tarache, 2022). La intención es incidir positivamente en los indicadores de mortalidad materna y perinatal de los grupos étnicos minoritarios, disminuir las tensiones entre los sistemas médicos, garantizando el derecho a la salud para los grupos étnicos minoritarios desde su atributo de aceptabilidad; entre otros, considerando que la operación del enfoque diferencial constituye una estrategia central para lograr las garantías del derecho a la salud y los derechos en SSR.

5.1.2.3 Sustento legal de la regulación

Conforme a este criterio toda regulación debe respetar el Estado de derecho y debe enmarcarse apropiadamente en la legislación vigente, además debe especificar las partes de la legislación actual que serán modificadas y establecer las categorías de la nueva disposición. La Ley se sustenta en los trabajos realizados por la Maestría en Estudios de Género y Estudios Interculturales de la Universidad Nacional, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana, la Facultad de Ciencias de la Salud, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca y la Facultad de Enfermería y el Postgrado de Obstetricia de la Universidad de Antioquia (Acosta-Lozano y Cristancho-Tarache, 2022). Algunos de los aspectos previamente reglamentados son:

- La *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (2003), realiza una conceptualización de la SSR, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, y frente a los principales problemas encontrados plantea propuestas como: maternidad segura, planificación familiar, SSR de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.
- El *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), reconoce los derechos sexuales y reproductivos como una dimensión prioritaria para el bienestar de la sociedad, en esta dimensión plantea como estrategia la

información, educación y comunicación y el abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

- La Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, reconociéndolo como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Reconoce a las mujeres en estado de embarazo como sujetos de especial protección y plantea la participación en las decisiones del sistema de salud como mecanismo para garantizar este derecho.
- *Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal* (Resolución 3280 del 2018), herramienta operativa de obligatorio cumplimiento que orienta el accionar en intervenciones individuales (cuidado preconcepcional, IVE, cuidado prenatal, atención al parto, etc.) y colectivas (preparación para la paternidad y la maternidad, atención a familias, etc.).

A través del artículo 4° la Ley 2244 de 2022 establece 28 derechos con los cuales cuenta toda mujer en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal y en el artículo 5° se plantea que los deberes de las mujeres son los dispuestos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

5.1.2.4 Determinación del ámbito estatal apropiado

Este criterio plantea que la Ley debe justificar qué nivel del gobierno es responsable de la instrumentación y el monitoreo de la norma. En el artículo 8° se plantea 6 obligaciones del Estado donde se especifica que al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde promover la formación y actualización de los profesionales de la salud y demás actores involucrados en la atención de la mujer, el feto y el recién nacido, diseñar un plan estratégico de divulgación sobre la política de atención aquí abordada, actualizar las guías prácticas de atención clínica, garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, y cuando la mujer y su acompañante deban desplazarse fuera de su lugar de residencia también será necesario garantizar su desplazamiento y alojamiento. Las acciones judiciales y administrativas deberán respetar el principio de no discriminación en el marco de cualquier procedimiento que pueda afectar los derechos contenidos en la Ley.

Por otra parte, el artículo 9° establece, a través de 5 puntos las obligaciones que competen a todos los actores pertenecientes al sistema de salud de Colombia¹⁴. En primer lugar, promover la formación y actualización de los profesionales de la salud y demás actores involucrados en la atención y prestación del servicio para el cuidado de la mujer, el feto y el recién nacido. En segundo lugar, garantizar la correcta obtención de lineamientos y actualizaciones en el sistema de salud, tanto al personal como al resto de la población, de manera que la atención brindada a las mujeres, fetos y recién nacidos se inscriba dentro de los marcos normativos establecidos a nivel nacional. En tercer lugar, se deben utilizar los lineamientos nacionales para generar acciones que respondan a las necesidades de la población atendida bajo las directrices establecidas por las instituciones de salud nacionales.

En cuarto lugar, brindar las garantías para proceder de acuerdo con lo planeado previamente en el plan de parto, y eliminar barreras administrativas o demoras en la atención, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud podrán acceder con facilidad a la información de la gestante. Por último, garantizar la obtención de cuidados especiales de manera obligatoria a madres inscritas en el Sisbén que se encuentren entre los grupos A1 hasta el A5 por mínimo 30 días después del parto.

A lo largo de este apartado se mencionan aspectos y conclusiones asociadas a la historia de la ginecobstetricia y los desarrollos normativos, evidenciando que:

- La ginecobstetricia surge como una rama de la medicina principalmente desarrollada por hombres y con esto se ha tenido control sobre el cuerpo de la mujer y los procesos sexuales y reproductivos, continuando con prácticas que ubican a la mujer en un papel de subordinación, lejos de poder decidir sobre su proceso de alumbramiento.
- Las nociones de parto humanizado y VO han encontrado fuerza en la lucha de diferentes organizaciones sociales constituidas principalmente por mujeres que han abanderado cuestiones como la defensa y el reconocimiento de los derechos de las mujeres durante el EPP, visibilizando desde sus propias experiencias las situaciones de VO a las que se han visto sometidas en la atención recibida en instituciones de salud.

¹⁴ Actores del sistema de salud: las entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones prestadores de salud (IPS), las entidades territoriales (ET), que pueden ser de orden nacional, departamental y/o municipal.

- En Latinoamérica países como, Argentina y Colombia han aprobado leyes que regulan la atención humanizada en el embarazo, parto y posparto. México, Paraguay, Ecuador y Venezuela han reconocido legalmente la VO.
- En materia de la violencia obstétrica como problemática hay un amplio camino por recorrer, pues si bien el parto humanizado se encuentra cada vez más en la agenda pública y política colombiana, la VO no es mencionada y, por ende, problematizada en la legislación nacional; favoreciendo el desconocimiento e invisibilidad de esta misma, y así evitando acciones de prevención, sanción y restitución de derechos para las mujeres.
- El reconocimiento de estas formas de violencia implica que los equipos de salud sean formados y puedan brindar una atención oportuna y de calidad.
- Los avances de la medicina si bien han mejorado las condiciones en las cuales las mujeres antes daban a luz y han desarrollado tratamientos para dar respuesta a patologías antes desatendidas o desconocidas, también han permitido que aparezcan nuevas formas de violencia de género.
- Desde el origen del proyecto de Ley y la posterior aprobación de la Ley, se ha buscado la promoción del diálogo de saberes entre el sistema de salud tradicional y el sistema médico tradicional, las adecuaciones culturales y la diversidad étnica, es entonces que hace falta conocer las acciones que están adelantando las instituciones de salud para garantizar estas disposiciones.

De igual forma, los avances legislativos en materia de parto humanizado y VO también contribuyen a sensibilizar a la sociedad y a los profesionales de la salud sobre la necesidad de respeto, dignidad y autonomía en los procesos reproductivos. Al reconocer la VO en el marco legal, se fortalece un sistema que defiende los derechos humanos y se generan mecanismos de protección que permiten erradicar prácticas abusivas, promoviendo un parto más seguro, respetuoso y libre de violencia para todas las mujeres.

5.2 Trayectoria de vida y maternidad

Este apartado presenta la comprensión de maternidad a la que las mujeres participantes de esta investigación hicieron alusión a lo largo de las entrevistas, en este sentido se recogen relaciones

familiares y creencias religiosas como los principales asuntos a los que se remiten al referirse a la maternidad.

5.2.1 Familia nuclear: un ideal

El trabajo desarrollado mediante las técnicas del viaje en el tiempo y el mural de situación permitió a las mujeres recordar las relaciones con sus progenitores y otros miembros de la familia, eventos a través de los cuales se develan las ideas que en sus trayectorias vitales han venido construyendo y deconstruyendo sobre lo que es la familia y la maternidad. Ideas que se ordenan en torno a la cultura.

La familia según Micolta-León *et al.* (2013) es “una agrupación social, producto de las relaciones humanas, creada histórica y culturalmente, lo que implica un carácter contingente, mediado por dimensiones económicas, políticas, ideológicas, temporales y territoriales” (p. 356). En la narrativa de las entrevistadas, se identifica una idea de familia soportada en relatos sociales dominantes en el que predomina el modelo de familia nuclear, el cual según Pachón (2007) tiende a ser idealizada, a ser vivida como un mundo feliz, en donde las dificultades, los hechos dramáticos y crueles que allí suceden tienden a olvidarse o invisibilizarse socialmente. Se sacraliza el concepto y se construye una imagen ideal, en la cual prima la felicidad y la armonía con su devenir y cotidianidad, como si las familias se desarrollan por fuera de los conflictos.

No obstante, la familia no está por fuera de la sociedad, y su desarrollo está ampliamente relacionado con el contexto y las circunstancias que la rodeen, por lo cual situaciones como pérdidas, nacimientos, migración, crisis económicas, entre otras, generan cambios en su estructura y funcionamiento, lo cual implica una reorganización en los roles y obligaciones anteriormente establecidos.

Danna narra una experiencia de migración a España con su familia a los 3 años de edad, en la cual se evidencian cambios familiares que no responden a la representación social de la familia. Residió durante 8 años en este país para posteriormente regresar a Colombia debido a la depresión que sufrió su madre. Esta depresión fue causa de tensiones familiares y para Danna en especial, pues debido a esta enfermedad, su madre no llegó a cumplir con el ideal que la entrevistada tenía,

sintiendo más cercana al rol de mamá su hermana, pues fue quien llegó a sustituir a su madre respecto a sus cuidados:

(...) uno necesita a sus padres y la que estaba ahí era mi hermana, mis flashback es como mi hermana (...) Mi mamá no; era mi hermana, la que era como esa leona. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Mi hermana más me explicó [refiriéndose a las explicaciones sobre el período menstrual]. Te va a llegar pacho (...) cuando teníamos que ir a piscina y yo no podía porque tenía pacho (...) venga yo le coloco un tampón, venga yo le ayudo. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Lucía por su parte plantea una relación cercana con su círculo familiar. Varias situaciones le permitieron construir una idea de modelo familiar, así establece una relación de admiración, escucha y obediencia con su mamá, cuando ésta la orientaba respecto a su vida social y amorosa. Consejos que iban de la mano de una perspectiva religiosa y conservadora, y que a la par, la llevaron a asumir funciones de crianza y cuidado, cuando ella tomó las labores de madre con sus hermanos, pues por motivos económicos la progenitora tuvo que salir en busca de oportunidades laborales:

Ahí empecé yo ese tiempo de maternidad, yo respaldaba a mi hermana en el estudio, yo era la que tenía que respaldar a mi hermana digamos: “ey báñese, ey coma”, mientras que mi mamá estaba trabajando, pues porque mi papá en ese momento no tenía empleo. (Danna, comunicación personal, 24/05/2024)

En este sentido, en ambos relatos se logra evidenciar la forma en que los cambios que rodearon a sus familias modificaron el funcionamiento de estas, así hermanas mayores llegan a cumplir funciones parentales con los/as hermanos/as menores, cuando padres o madres no pueden hacerlo. Permanece la idea de maternidad relacionada al cuidado y la emocionalidad; particularmente, en el caso de Danna, al no cumplirse con este ideal, genera sentimientos de ausencia y desatención como lo expresó durante las entrevistas, con lo que confirma las atribuciones sociales que se hacen a las mujeres.

Las dos dan cuenta de la asignación social que se da a la mujer, ya que los roles de cuidado se relevan entre mujeres de diferentes generaciones. Esto se complementa, con el hecho de que además de la pareja de Danna, su suegra es quien más se ocupa de los cuidados del bebé;

apareciendo nuevamente la mujer como “naturalmente dotada para cuidar”, por el sacrificio y entrega que se espera de ellas. Así, los cuidados que prestan las mujeres son sostenidos a lo largo de las generaciones (García, 2017).

Ambas entrevistadas traen a otras personas diferentes a sus progenitoras que para ellas son referentes de maternidad, para Danna su hermana y para Lucia su tía. Esto motiva la reflexión sobre el lugar que ocupan esas “otras” miembros de la familia, que sin ser reconocidas en el papel de la parentalidad, desarrollaron acciones que socialmente se asignan a un padre y una madre. Hermana y tía aparecen como personas que influyeron en cómo hoy piensan y viven su maternidad. Lo anterior implica poner en consideración que más allá del rol o del parentesco de los miembros, sobresale en las narraciones acciones y características que representa la persona, lo que las mujeres relacionan con la maternidad.

Otro factor importante en este análisis es la existencia de una naturalización de la violencia conyugal, específicamente, la que es generada por los hombres hacia las mujeres, descartando la idea de que el hombre pueda ser víctima de violencia, pues si las mujeres son las perpetradoras desafían las normas tradicionales en las cuales las mujeres son débiles y no peligrosas. Frente a esto Hundek-Pichón (2010) plantea que “La percepción común es que los hombres nunca son las víctimas de la violencia” (p.8), por lo cual para Danna el encontrarse frente a un contexto en el cual su madre le pegaba a su padre significó una tensión con los estereotipos socialmente arraigados.

(...) Yo viví en un hogar donde mi mamá le pegaba a mi papá, en vez de mi papá a mi mamá (...) y mi mamá es muy fría, no es la peor mamá. Para mí es la mejor mamá a pesar de todos sus defectos, pero si crecí en un hogar con muchos vacíos. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

La entrevistada planteó que actualmente la relación con su madre mejoró, como consecuencia de su ingreso a la iglesia y, en particular, con la llegada de su hija. Ella considera que estos acontecimientos facilitaron la comprensión de su progenitora, al vivir a través de su propia experiencia los cambios y dificultades que contrae la maternidad.

En este punto logramos analizar la idealización de las familias y principalmente de las figuras parentales, conectada a un contexto religioso en el cual las figuras paternas deben ser honradas independientemente de las condiciones en las cuales se dé la relación con ellos, en pro de tener una

vida adecuada y favorecida como se planeta en la biblia “Honra a tu padre y a tu madre, para que tus días se alarguen en la tierra que Jehová tu Dios te da” (Reina-Valera 1960 [RVR1960], s.f.b).

5.2.1.1 Conyugalidad asociada a la maternidad

Algo clave para tener en cuenta durante la construcción de una relación conyugal son las transformaciones, entre ellas, la llegada de un bebé. Hidalgo y Menéndez (2001) plantean que después de que la pareja se entera que van a ser padres comienza un período de cambios que afectan distintos ámbitos, y que suponen la adaptación a una situación que plantea importantes demandas y requiere la adopción de nuevos roles.

Uno de los principales cambios vividos por ambas entrevistadas fue el cambio de residencia al tener que ir a vivir con sus parejas. En el caso de Danna, vivió con su pareja en casa de su suegra hasta tiempo después de dar a luz a su hija, pero posteriormente optaron por conseguir un espacio para ellos tres. Lucía actualmente reside con su pareja, sus padres, hermanos y sobrinos en un mismo hogar, por lo cual se puede catalogar dentro de un tipo de familia extensa, pues conviven tres generaciones bajo un mismo techo, según Puyana-Villamizar (2004):

Este tipo de hogares tienden a amortiguar los efectos de la crisis económica y de los bajos ingresos, responden a una estrategia de sobrevivencia ante las presiones económicas y sociales que ocasionan a las familias el desempleo, los altos costos de los servicios públicos y las limitaciones para obtener una vivienda propia. (p. 80)

En este sentido, se puede decir que el recurrir a vivir en pareja en casa de sus padres fue una estrategia para afrontar y satisfacer las exigencias económicas y de cuidado que implica ser madre.

Otro cambio importante reside en la construcción de un nuevo proyecto conjunto relacionado a sus hijas, pues según los relatos de las entrevistadas, ambas tenían el deseo de ser madres, pero esperaban alcanzar ciertas metas antes de la llegada de un hijo. Sus embarazos implicaron el reorganizar sus planes futuros en base a la nueva integrante de sus familias y, por ende, una alineación con los objetivos y planes de sus parejas, pues estos de igual manera se mostraron comprometidos con el nuevo proyecto en común.

Este compromiso y disposición lo reconoce Danna en su pareja cuando asume los cuidados del hogar y de la bebé, desde la idea de que estas prácticas forman parte de su rol de padre y pareja. Danna lo describe como su principal red de apoyo, y a quien recurrió para expresar sus necesidades y deseos durante su embarazo, pero que, por factores como las reglas del hospital sobre las visitas y los horarios de trabajo, no pudo ser una compañía constante para la entrevistada, además del hecho de que en ocasiones llegó a tomar posiciones pasivas al encontrarse confrontado con su propia familia, en especial, su madre; lo que plantea Danna se ve reflejado particularmente durante los primeros días de posparto cuando toda la familia paterna de la recién nacida acude a su casa.

(...) entonces ya venía con mi suegra un poquito mmm, ya me la tenía como guardadita y todo, entonces ese día yo como mamá primeriza quería bañar la niña, quería hacerlo todo yo, ese, ese primer episodio en la habitación con tantas personas haciéndome comentarios, diciendo que yo no era apta para tener... para darle leche a mi hija y todo eso. (Danna, comunicación personal, 18/05/2024)

Los comentarios con los que Danna, se sintió lastimada no la acción de reconocimiento esperada de su pareja, pese a las visibles expresiones de llanto que ella tuvo.

Lucía por su parte mantuvo una relación con su pareja desde su adolescencia, relación que ella describe como intermitente y que considera se consolidó con la llegada de su embarazo. En este sentido, la entrevistada manifiesta que ya contaban con planes de conformar un hogar, pero que los hijos no estaban entre los planes a corto plazo, ya que deseaban primero estabilizarse en otros ámbitos de sus vidas, por ejemplo, económica y académicamente. Por todo esto, Lucía expresó la decepción que le ocasionó la reacción de su pareja al enterarse del embarazo, tilda su reacción como “algo sin importancia”, y que a la vez le causó un sentimiento de posible desesperanza al no ver apoyo de parte de este mismo; sentimiento que cambió con el tiempo, al estar más presente durante la gestación. A la par, la entrevistada considera que, con la llegada de su hija, la relación con su pareja mejoró, pues actualmente tienen objetivos similares y sus expectativas de la relación son las mismas: “Estamos como que más unidos, porque por lo menos antes teníamos planes cada quien por su lado, hay planes que son digamos, de pareja, ahorita es como más que el apoyo mutuo” (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024).

De manera general, se puede comprender que ambas entrevistadas consideran contar con una pareja estable, con quienes tienen objetivos en común y que trabajan al unísono por el bienestar de sus hijas y que estas mismas han aportado a la construcción de la unidad familiar.

5.2.1.2 Construcción de nuevas relaciones: la familia política y la maternidad

“Cuando dos personas se unen, las familias de ambos también lo hacen de una manera práctica y simbólica sin estar relacionadas por lazos de consanguinidad” (Carreño-Meléndez y Morales-Carmona, 2016). En este sentido, se logra comprender que, con la unión de tipo conyugal, se comienzan a tejer nuevas relaciones con personas no escogidas, las cuales desde su propia historia forjarán una percepción sobre la pareja y harán parte constante de su relación, en especial entre los del círculo sanguíneo más cercano, sean padre, hermanos, abuelos o primos.

Desde esta perspectiva, las relaciones que se forjen pueden ser agradables o conflictivas para ambas partes dependiendo de las condiciones en las que se presente esta unión, pues ninguno escogió al otro y deben convivir. Lucía expresa que la relación con su familia política en un inicio fue compleja, pues su pareja perdió a su madre y se distanció de una de sus dos hermanas, tanto así que no mantenían contacto previo al embarazo de la entrevistada, pero con la llegada de la bebé, estos lazos familiares comenzaron a tejerse nuevamente y a mejorar la relación, en especial con Lucía, a quien le manifestaron todo su apoyo:

Él no tiene mamá, pero tiene dos hermanas y cuando les comentamos, pues estaban super felices, es más, la hermana de él, que está por allá en Estados Unidos, ella no le hablaba a él por sus diferencias, pero cuando se dio cuenta que estaba embarazada ella dijo “no, Lucía yo la apoyo así yo no me hable con mi hermano y no nos la llevamos, pero igual el bebé que tiene usted lo vamos a querer mucho, igual van a ser nuestra familia”. (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024)

En este caso, se logra identificar la manera en que la llegada de un nuevo integrante al círculo familiar facilitó y brindó un puente para relacionar nuevamente a la pareja de Lucía con su familia al igual que ella con estos mismos, percibiendo de esta manera esta unión como un factor reconstructor de los lazos familiares anteriormente rotos.

De otro lado, Danna comenta sobre el reto que ha significado para ella la convivencia con su familia política, en especial con su suegra, pues desde que se mudó con ella logró percibir una negación a que su hijo viviera fuera de su hogar y comenzará a residir con la entrevistada, además de que la considera una persona conflictiva, lo cual conduce a constantes desacuerdos por distintos factores, en especial la crianza de la niña, puesto que ella ha llegado a asumir una posición de control frente a esto:

(..) es hijo único [el esposo de Danna], desde el momento en el que salió de su casa, ella hacía comentarios como “yo a mi hijo le ayudó a entrar, pero no a salir” o “yo a mi hijo no lo voy a sacar de mi casa”; entonces ya venía con mi suegra un poquito “mmm”, ya me la tenía como guardadita y todo. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Ella es muy controladora, y a mí no me gusta eso, y menos cuando tú eres mamá, tú llevas una rutina (...) Entonces ella a veces quiere pasar como por encima de lo que yo digo, lo que yo decido (...). (Danna, comunicación personal, 18/05/2024)

En este sentido, su pareja entra a jugar el papel de mediador dentro de esta relación. Danna cita así las palabras de su pareja: “mamá, nosotros somos los papás, nosotros somos los que decidimos, aunque no te agrada, aunque no estés contenta” (comunicación personal, 18/05/2024). La pareja de Danna al plantear límites claros respecto a su familia contribuye a que esta misma pueda ejercer su maternidad con libertad y plena autonomía.

Siguiendo esta línea, resulta crucial hablar de los cambios que afronta la familia con la llegada de un nuevo individuo, en este caso un bebé, pues los roles y límites se adaptan para asumir un nuevo estilo de vida, en especial cuando esto sucede con madres y padres primerizos. Frente a esto Hidalgo y Menéndez (2001) plantean que las numerosas y, a veces, desconocidas tareas que requiere el cuidado de un bebé hacen de la transición a la paternidad un momento propicio para solicitar y recibir apoyo de las personas más cercanas.

Este punto se ve reflejado en la relación de Danna y su suegra, pues después de su pareja es a quien ella le confía mayormente los cuidados de la menor, y a pesar de la existencia de roces, reconoce que ha sido una persona indispensable en el proceso de crianza y cuidados de su hija, ya que no puede disponer de los tiempos de su madre por razones laborales, por lo cual el interés de

su suegra por formar parte de la vida de su nieta le favorece a ella en la realización de sus actividades diarias:

Ella nos colabora, estoy muy agradecida con ella, porque gracias a ella yo pude venir, porque ella está cuidando la niña, ama mucho a mi hija, pero digamos que lo único que hay, como esas diferencias, yo creería que es algo normal hasta cierto punto, eso, que a veces ella dice que es blanco y nosotros que es negro o viceversa (...). (Danna, comunicación personal, 18/05/2024)

En este sentido, se logra vislumbrar la existencia de tensiones en los modelos de crianza de los principales cuidadores de la hija de Danna, pues si bien la entrevistada y su pareja coinciden en su modelo de crianza, su suegra no, generando roces entre ellos. Frente a esto, Fernández de Quero (2000, citado en Torres-Velázquez *et al.*, 2008) señala que la crianza es el conjunto de prácticas que se encuentran plasmadas desde las creencias y conocimientos con los que cuentan los cuidadores, quienes son un propio mundo en sí y por ende quieren instruir al menor dentro de los parámetros sociales y morales conocidos. Esta particularidad se complejiza al encontrarse con otra, que de igual manera busca inculcar sus posturas y pensamientos desde sus creencias.

Pese a que tienen historias de vida diferentes, las dos entrevistadas comparten una idea de ser madre relacionada con aspectos que socialmente se atribuyen a la mujer, quien desde la mirada de la cultura y la religión está relacionada con la maternidad. Es así como resaltan acciones como el sacrificio, la entrega y la protección, y características como la fortaleza, la ternura y la comprensión. Mientras Lucia desea parecerse a lo que recibió y vivió en su infancia como lo expresa aquí: “desde muy chiquita decía “yo sí quiero ser madre”, no como otras niñas; como yo crecí en un hogar, también quería darle alguna vez alguna oportunidad a un hijo”(Lucía, comunicación personal, 24/05/2024), Danna busca algo totalmente diferente a lo experimentado, ella lo expresa de la siguiente manera “ese tipo de maternidad que llevaba mi mamá y que después vi en mi hermana yo dije, eso no, eso no es maternidad, yo no puedo ser así” (Danna, comunicación personal, 18/05/2024); dejando entrever que la relación establecida con los referentes maternos afecta en el significado otorgado a la maternidad y, por ende, a la vivencia de esta.

5.2.2 Religión: otra forma de control sobre el cuerpo de la mujer

Danna y Lucía se reconocen como mujeres creyentes, ambas se identifican con la religión cristiana protestante. El movimiento protestante nace a partir del siglo XVI con la Reforma iniciada

por Martín Lutero, su núcleo doctrinal se centra en: la justificación por la fe, al margen de la realización de obras justificadoras; el sacerdocio universal de los creyentes, como responsabilidad personal de cada cristiano/a y la afirmación de sólo dos sacramentos instituidos evangélicamente, el Bautismo y la Santa Cena; entre otros aspectos (Sardiñas-Iglesias, 2016). Esta es una religión monoteísta, es decir, que adoran a un único Dios, la adoración a otras personas como los apóstoles, los santos o María, la madre de Jesús, es considerada idolatría.

Las distintas tradiciones religiosas, en su mayoría, han tenido una influencia significativa sobre las normas y expectativas sociales en torno al comportamiento sexual femenino, estableciendo límites, roles y moralidades que definen lo aceptable. Al mismo tiempo, estas creencias han sido utilizadas para justificar tanto la opresión como la liberación de las mujeres, generando un espacio de tensiones y contradicciones.

La iglesia cristiana ha tenido control sobre la sexualidad femenina, asociando la pureza y la castidad con el ideal de la mujer virtuosa. Estas enseñanzas han influido en la forma en que las mujeres han sido percibidas y cómo han vivido su sexualidad, dictando normas sobre el matrimonio, la procreación y el papel de la mujer en la familia.

Este análisis busca explorar cómo la religión ha permeado las experiencias de las mujeres participantes de la investigación en relación con su sexualidad y cómo las interpretaciones feministas pueden ofrecer nuevas perspectivas sobre el tema. A través de la religión ambas han forjado la noción de lo que para ellas es la sexualidad, al igual que ha sido fuente de fortaleza y guía en sus relaciones familiares, en la maternidad y las dificultades de la vida:

El cambio fue que totalmente me convencí más de que la familia o maternidad se debe de entregar a Dios, el enfoque es Dios para mí. Y pues en Dios los principios, los valores se deben fomentar, y que Dios es nuestro ejemplo y yo voy a hacer el ejemplo para este bebé. (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024)

En muchas interpretaciones del cristianismo, el cuerpo humano es considerado un “templo de Dios” (RVR1960, s.f.a), lo que implica una idea de respeto y cuidado hacia él, donde la sexualidad debe ser vivida de manera responsable, que debe compartirse dentro del matrimonio y

donde la pureza femenina es intrínseca a la virginidad. Las entrevistadas señalan la valoración de sus cuerpos de acuerdo con un mandato de la religión a la que se inscribieron:

Cuando yo llegué a la iglesia Dios me empezó a decir “usted no se valora, mana [abreviación de hermana]. Usted, ¿usted qué está haciendo?”; la sexualidad me la mostró de una forma más sagrada. En ese momento yo me arrepentí de haber entregado todo de mí a temprana edad, sentimientos tan profundos, mi sexualidad, todo eso. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Veníamos con unas bases, unas costumbres que mi mamá decía que uno se tenía que conservar, uno no tiene que irse acostando con todo el mundo que se atravesaba. (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024)

Esto se puede articular con los planteamientos de Rodríguez-Madera (2009), quien ha señalado cómo la religión organizada como mecanismo que define lo posible y lo prohibido en el ámbito de los géneros y sus prácticas sexuales, regula los cuerpos y el placer sexual, especialmente ejerciendo un control sobre la sexualidad femenina; la religión ha propiciado entonces que la sexualidad se haya construido a la merced de la reproducción, la fidelidad y el compromiso, y no del placer.

Estos aportes ilustran la manera en que, desde una edad temprana, las mujeres son socializadas en la importancia de la modestia, la castidad y la fidelidad, lo que influye en su forma de vivir y experimentar la sexualidad. Así la religión cristiana, también tiene un peso importante en la socialización de las mujeres, a quienes se les ubica como guardianas de los valores familiares y sexuales, perspectiva que crea expectativas y presiones sociales en torno a ellas.

Las religiones han utilizado la culpa y la vergüenza como mecanismos para regular la sexualidad femenina, presentando el deseo sexual de la mujer como algo peligroso o inmoral. Este enfoque no solo reduce a las mujeres a su capacidad reproductiva, sino que también las priva de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo, perpetuando la desigualdad y el control social sobre ellas. La construcción de la mujer bíblica se caracteriza entonces como virgen, virtuosa, cuidadora, penitente y sufridora.

Ahora bien, feministas como Marcela Lagarde y de los Ríos (2005) y Aquino y Támez (1998) escribieron sobre cómo el control sobre la sexualidad femenina en el cristianismo no solo se limita

a la virginidad o el comportamiento sexual fuera del matrimonio, sino que también incluye una visión moralista del cuerpo de la mujer. Esto representa una forma de objetivación, donde el cuerpo femenino se ve más como un instrumento moral y social que como un espacio autónomo de libertad y deseo.

A través de los aportes de estas autoras, se puede comprender cómo la sexualidad femenina ha sido históricamente utilizada como un elemento de control en la vida de las mujeres cristianas. Lagarde y de los Ríos (2005) señala cómo las religiones, especialmente el cristianismo, han impuesto normas estrictas sobre la pureza y la castidad de las mujeres, presentándolas como guardianas de la moral y el orden social, mientras que el deseo sexual femenino es constantemente reprimido o demonizado. Destaca cómo el cristianismo ha construido la sexualidad de la mujer como un espacio de disciplina, donde la mujer debe someter su cuerpo a la voluntad divina y masculina, bajo la amenaza de la condena o la culpa, sentimiento que relata Danna al recordar que inició su vida sexual desde joven, experiencia que suscitó en ella sentimientos de arrepentimiento y deseos de conversión.

Aquino y Támez (1998), en sus estudios sobre teología feminista, subrayan que la doctrina cristiana ha promovido una visión de la mujer como un ser subordinado cuya sexualidad debe estar constantemente vigilada, reduciendo su autonomía y reafirmando estructuras patriarcales. Así, la sexualidad se convierte en un campo donde se ejerce control sobre las mujeres a través de una ideología, en la cual se ve limitada su libertad y autonomía en nombre de la moral religiosa.

Foucault (1988) permite identificar cómo las sociedades modernas no sólo controlan los cuerpos de los individuos, sino también sus vidas, expectativas y roles dentro de la sociedad. En este sentido, la biopolítica de la sexualidad yace incluso en las religiones y la iglesia al promover una visión heteronormativa de la mujer, traducéndose en roles como la maternidad y las labores domésticas. De esta forma, las mujeres no solo son objeto de control en su comportamiento sexual, sino también en la reproducción de la población. De igual forma, entre estos mecanismos de control Foucault (2007a) plantea a la confesión, la oración y las prácticas penitenciales como las herramientas a través de las cuales se busca instaurar nuevamente las normas morales.

En las narraciones de Danna y Lucía se logra evidenciar cómo la religión tiñe la experiencia de las mujeres, reafirmando el control de Dios sobre sus cuerpos y vivencias. De tal manera en el EPP sus creencias religiosas resultaron a su favor y por tanto refuerzan una actitud de agradecimiento/dependencia, reconociendo a Dios como su fuerza en los momentos de dificultad que vivieron durante la atención recibida:

Esa doctora sí sabe lo que es el respeto, y siempre se me quedó grabada, yo decía “Señor, que esa doctora esté el día de mi parto”, y justamente el día que me iban a operar, la ginecóloga, esa que yo le digo la ginecóloga bruja, salió de turno y entraba la doctora Arboleda, ella me atendió. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

(...) La niña ya no estaba respondiendo, las palpitaciones subían y se iban, cuando ellas vieron eso, ahí mismo me desconectaron y le dijeron a los de cesárea que si tenían un turno y como cosa de Dios antes de mí había una señora que estaba programada, esa señora no apareció por ningún lado, de una me cogieron y me pasaron para cesárea. (Lucía, comunicación personal, 2024)

A través de lo expresado por ambas se identifica que sus creencias y la fe que tienen en Dios generan sentimientos de confianza y seguridad para afrontar los cambios alrededor de su EPP, y para las nuevas dinámicas de vida y relacionamiento que establecen luego del nacimiento de sus hijas. En este sentido, ambas mujeres expresaron que el acercamiento a un entorno religioso resultó en ciertos cambios que consideran valiosos para sus vidas como: el amor propio, la idea de sexualidad orientada por la religión y un creciente deseo de ser madres y tener una familia enfocada en Dios.

En Génesis 3:16 se expresa que Dios dijo a la mujer “Multiplicaré en gran manera tus dolores en tus embarazos; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti” (RVR1960, s.f.c), esto en consecuencia al pecado original (haber comido del fruto prohibido). En este sentido, esto se encuentra relacionado con las concepciones que socialmente se plantean de la maternidad y que van de la mano con la entrega y el sacrificio. Abdala (2022) plantea que en este tipo de situaciones las mujeres tienden a plantear el dolor como un aliado distinto al sufrimiento, el cual es una experiencia glorificada considerada de cierta manera como un rito de paso para un inicio adecuado a la maternidad; en el cual los medicamentos como la Epidural las despojan de una experiencia única e irremplazable.

Esto se correlaciona con lo vivenciado por Danna pues a través de su relato dejó manifiesto su deseo por atravesar un parto sin dolor (cesárea), no obstante, el haberlo vivenciado de esta manera significó para ella una situación desvalorizante de su labor maternal, pues no pudo cumplir con los designios sagrados y esperados por su entorno social, en el cual constantemente se le presionó para cumplir con las recomendaciones médicas que facilitarían un parto natural:

Cuando me dijeron que fue cesárea, yo estaba feliz porque yo le había pedido a Dios no sufrir (...) yo me sentía muy mal de no haber podido tener a mi hija normal, entonces yo me sentía mala mamá, y también por comentarios que había hecho la familia de mi esposo, “es que usted no caminó”, “es que a usted la mandamos a caminar y usted era muy perezosa”. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Considerando eso, las mujeres a través de la religión logran tranquilidad y apartan los pensamientos y emociones negativas que surgen por los cambios vividos durante el EPP y por los sentimientos de soledad y angustia que se agudizan debido a prácticas clínicas que las invisibilizan. Ellas durante la entrevista mencionan acciones de los profesionales que, en el marco de la atención en salud, les generaron incertidumbre, temor, desconfianza y soledad; en una experiencia que tiene implicaciones tanto para la mujer, el ejercicio de la maternidad y las(os) hijas, y donde su fe resultó ser fuente de fortaleza.

5.3 La obstetricia en la voz de tres profesionales del Hospital Raúl Orejuela Bueno

Actualmente, las diferentes acciones de salud pública han guiado el cuidado del embarazo, parto y posparto hacia la atención clínica dentro de instituciones hospitalarias con la finalidad de disminuir los índices de mortalidad materno-infantil. En este apartado se identifica la comprensión de tres profesionales de una institución de salud acerca del parto humanizado, el lugar de la mujer gestante en la atención, las condiciones laborales como aspectos que afectan una atención humanizada y los conocimientos de la Ley 2244 de 2022 desde la voz de una enfermera, una psicóloga y una trabajadora social, tres profesionales vinculadas al área de ginecobstetricia y pediatría en el Hospital Raúl Orejuela ESE.

5.3.1 Mujer gestante en el contexto sanitario

En las narrativas de las profesionales entrevistadas emergieron ideas que dejan entrever su noción de mujer gestante. La enfermera en el cargo administrativo que ocupa en el hospital, a diferencia de las otras dos entrevistadas, no atiende directamente a las embarazadas y, en tal sentido, las enuncia como usuarias del servicio, toda vez que su responsabilidad es garantizar una atención oportuna y de calidad, acorde a lo estipulado en la norma. Predomina el reconocimiento de la mujer como un sujeto receptor de servicios; no hay interacción ni mecanismos que permitan, desde su rol, comprender la particularidad de ellas, a las que no les corresponde.

Ellas tienen programados unos controles con fechas específicas; entonces, si la usuaria no asiste, el equipo de control prenatal tiene que comunicarse con ella para hacerle seguimiento sobre por qué no asistió, si está hospitalizada o no, y por qué no vino a hacerse los exámenes de laboratorio. (Enfermera, comunicación personal, 09/07/2024)

De acuerdo con Foucault (2007b), esta terminología de “usuarias” despersonaliza al sujeto, en este caso a las mujeres, reduciéndolas a una categoría funcional que las identifica principalmente como “beneficiarias de servicios”. Así se borra la identidad de las personas y su experiencia única y multifacética, con lo cual la mujer es insertada en el sistema de salud.

De igual manera, en la relación que establecen las profesionales con las mujeres gestantes, se llegan a usar términos como “embarazaditas” y “mamitas” para referirse a ellas, lo cual responde a propósitos profesionales asociados con el establecimiento de una relación cercana. Sin embargo, toda vez que el lenguaje crea realidades, esta forma de nombrarlas conlleva una carga de fragilidad con la que comúnmente se asocia el embarazo y que suspende otras identidades de la mujer. Sin la intención de dominación, esta enunciación configura un lugar de poder en el que la mujer es dependiente de las observaciones y decisiones que determinen los agentes de salud.

(...) el mismo médico, no por solicitud de la embarazada, sino por la identificación que hace el médico, nos interconsulta. (Psicóloga, comunicación personal, 09/07/2024)

Frente a esto, Butler (1993) hace un análisis de la forma en que las normas culturales y políticas median la percepción del cuerpo, siendo valorados y regulados en función de la productividad, donde a menudo el embarazo puede ser interpretado como un marco de vulnerabilidad, ya que requiere cuidados y condiciones para la conservación de la vida del neonato

y de la madre. En contraste, la trabajadora social subraya que estas gestantes son mujeres, y que su estado de embarazo no las despoja de su calidad de mujer, sino que las atraviesa antes, durante y después del embarazo:

Y empieza ese choque, es allí donde nosotros dejamos entrever a estas mamás, a estas mujeres gestantes, porque yo les hablo de mujeres gestantes, no se les habla de mamá ni de mamitas, porque yo estoy atendiendo a mujeres que están en un proceso gestacional”. (Trabajadora social, comunicación personal, 09/07/2024)

Términos como “embarazadas” y “mamitas” refuerzan la idea de que las mujeres, por el hecho de estar gestando, son más susceptibles y necesitan ser tratadas con delicadeza, lo que contribuye a su invisibilización en ámbitos donde se les debe reconocer como individuos plenos, autónomos y con capacidad de agencia. En este sentido desde Trabajo Social es importante establecer una relación en la que predomine en la intervención, lo que marca un aspecto diferencial en nuestro quehacer profesional en el cual la relación entre el profesional y el sujeto sea horizontal y se caracterice por la orientación y no por una directriz rígida.

5.3.2 Atención Humanizada: un asunto relacional y de formación

En las entrevistas, las profesionales se refirieron a la atención humanizada, es decir, tienen el conocimiento y le dan valor a lo que establece la norma. En otro punto, se profundizará sobre el conocimiento de la Ley. Así, la enfermera reporta que la atención humanizada se establece por la norma y, en este sentido, tanto ella como la psicóloga y la trabajadora social comprenden la necesidad de capacitar al personal para brindar una atención que corresponda con lo reglamentado:

(...) por medio de estas capacitaciones están garantizando que se preste una atención de calidad, oportuna y humanizada (...) Se hizo la vinculación de personal que no contará con ese tema de objeción de conciencia, y ya garantizamos esa atención [Interrupción voluntaria del embarazo] aquí. (Enfermera, comunicación personal, 09/07/2024)

Las estrategias para esta capacitación son de diferente índole; la socialización de las nuevas normativas o actualizaciones de estas en materia de salud, es decir, se busca mantener y renovar sus conocimientos en relación con los cuidados otorgados a las personas que acuden a los servicios.

Nosotros llevamos un año capacitándonos en la atención humanizada y reforzando mucho la comunicación asertiva. (Trabajadora social, comunicación personal, 09/07/2024)

De manera general, las profesionales comprenden la atención humanizada desde el conocimiento de los lineamientos legales, la continua formación y actualización del personal de salud, y la adherencia de los trabajadores de la Institución a la norma. No obstante, la atención humanizada tiene como eje fundamental la comprensión de las mujeres como agentes activas de su proceso, promoviendo su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y cómo desean ser atendidas (MNSSR, 2024). Esto implica que, tanto institucionalmente como en la praxis individual de cada profesional, se garantice la escucha y vinculación activa de la mujer en la atención de su embarazo, parto y posparto.

En el Hospital existen diferentes estrategias dirigidas al personal con el fin de cumplir lo exigido en la RIAMP y demás leyes que regulan la atención obstétrica. Por un lado, el Hospital forma parte del plan Padrino:

Nace en el año 2019 a través de la alianza entre ProPacífico y la Fundación Valle del Lili, y es una estrategia de trabajo colaborativo en la que un Hospital de alta complejidad, acreditado y con vocación universitaria, brinda asistencia técnica y clínica a otra(s) institución(es) prestadora(s) de servicios de salud de baja o mediana complejidad. (ProPacífico, 2022, p. 1)

Mediante este plan, mensualmente se realizan encuentros que faciliten el manejo de patologías que requieran una especialidad, respaldados por la RIAMP y con un enfoque en la atención humanizada. En este plan, la Fundación Valle del Lili proporciona todos los insumos logísticos, desde refrigerios hasta actividades centradas en la adquisición de conocimiento. Por otro lado, se llevan a cabo capacitaciones dirigidas al personal al ingresar a la institución, así como actualizaciones en las rutas de atención, donde se abordan temas sobre atención humanizada, comunicación asertiva, violencia sexual, atención al cliente, primeros auxilios psicológicos; los cuales crean bases para una atención consciente e informada. En este sentido, y con el objetivo de que las capacitaciones sean constantes, cada líder de área es solicitado por el Área de Calidad del hospital para proporcionar un espacio educativo basado en su formación y especialidad.

Existen barreras institucionales que no favorecen la apropiación de relaciones que humanicen la atención a las mujeres. Frente a esto, la enfermera menciona el constante flujo de personal que ingresa y abandona la institución, lo que dificulta la adherencia a las rutas y normativas establecidas.

En este sentido, y con la intención de buscar una atención cada vez más enfocada en la humanización, se realizan capacitaciones sobre procedimientos médicos que puedan perjudicar a las pacientes y violar sus derechos sexuales y reproductivos, como es el caso del IVE, para el cual hay otro tipo de barreras, específicamente relacionadas con el personal, particularmente con aquellos que llevan más años en la institución y que, debido a sus creencias, dificultan el acceso de las mujeres a dicho procedimiento:

(...) Anteriormente teníamos un problema de objeción de conciencia por parte de la mayoría del personal y cuando había una solicitud de IVE, debíamos remitirlas a otra entidad; ahora ya no, ahora proporcionamos la atención aquí. Se incorporó personal que no presenta objeción de conciencia, y garantizamos dicha atención aquí. (Enfermera, comunicación personal, 09/07/2024)

En este contexto, la psicóloga considera imprescindible un monitoreo constante e individualizado, que permita identificar a los profesionales que presentan dificultades en la atención humanizada, de manera que puedan ser incluidos en procesos formativos que propicien un cambio orientado a empatizar con las realidades de las mujeres.

5.3.3 Condiciones laborales: ¿propician la violencia obstétrica?

Las entrevistas reportaron el clima laboral como un aspecto fundamental en la atención, porque favorece la creación y el mantenimiento de condiciones que propician un parto humanizado y previenen la violencia obstétrica. Se aluden a las acciones que han tomado las directivas del hospital y consideran que pueden disminuir la rotación del personal, lo cual permite un mayor tiempo de permanencia que facilita la apropiación y la evidencia de los efectos de los procesos de capacitación. Dichas acciones están relacionadas con dar voz al personal que forma parte de la institución a través de la comunicación asertiva entre el personal y las directivas, así como la inversión en infraestructura.

Esta referencia de las profesionales pone de manifiesto un asunto importante a considerar en el tema de atención humanizada: las condiciones laborales, que funcionan como una fuente de satisfacción o insatisfacción y que inciden en la relación y trato que los(as) funcionarios(as) establecen con las mujeres gestantes, durante el parto y el posparto.

(...) Pues lo que ya se está implementando es, primero, la comunicación asertiva entre nosotros como Hospital; sentirnos escuchados por nuestras directivas es maravilloso. (Trabajadora Social, comunicación personal, 09/07/2024)

La trabajadora social menciona la importancia de comprender las relaciones en varios sentidos, lo que genera confianza entre los pacientes y los funcionarios. Un cambio en las relaciones permite crear condiciones para que el/la paciente sienta confianza para denunciar, así como para los funcionarios(as). La trabajadora social plantea que se están desarrollando estrategias que promuevan la satisfacción laboral a partir del reconocimiento de las voces del personal del Hospital.

(...) En este momento, contamos con un espacio que es seguridad y salud en el trabajo, y el área de talento humano, que está muy atenta a la sobrecarga que puede tener un funcionario (...) Mucha gente piensa que al poner una queja los van a echar (...) La escucha activa se ha intensificado aquí desde la humanización, teniendo claridad de que no solamente hay que humanizar al personal hacia el paciente, sino también al paciente hacia el personal. (Trabajadora Social, comunicación personal, 09/07/2024)

De esta manera, se logra comprender que desde el Hospital se realizan actividades constantes que fomentan el conocimiento de los distintos lineamientos establecidos a nivel nacional; no obstante, las diferentes barreras existentes dificultan el aprendizaje y, por ende, terminan afectando la atención que brindan a sus pacientes.

5.4 Atención en salud durante el embarazo, parto y posparto

En este apartado se presenta un análisis sobre la atención recibida por las mujeres entrevistadas durante el embarazo, parto y posparto a partir de la RIAMP, las voces de profesionales vinculadas al Hospital Raúl Orejuela y las narrativas de las mismas mujeres residentes de Palmira que formaron parte de esta investigación.

5.4.1 La atención durante el embarazo

La RIAMP es una herramienta operativa construida con el propósito de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades en la atención al EPP. En esta herramienta se plantea la necesidad de establecer cuidados prenatales, lo que implica vigilar la salud materna y el desarrollo del feto para identificar de forma temprana cualquier factor de riesgo, y busca promover la preparación para la maternidad mediante la participación en espacios educativos para las mujeres gestantes, sus parejas o acompañantes. Para ello, la RIAMP propone: el plan de cuidado integral, el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, la atención psicosocial, el plan de parto, la continuidad en la atención y el componente cultural, aspectos que se señalan a continuación.

5.4.1.1 Plan de cuidado

El “plan de cuidado” busca promover la salud de la gestante y del feto con acciones que, de una parte, involucran a la familia y a la comunidad, y de otra favorecen una relación cercana y constante con la mujer embarazada, de manera que se pueda anticipar y prevenir oportunamente riesgos perinatales. Para eso se contemplan los controles prenatales realizados una vez al mes y aumentando en la semana 36 a un control cada 15 días.

En el primer control se debe brindar información sobre la IVE, activando la ruta de atención conforme a la decisión de cada mujer. Con el avance de los controles se brindan a las mujeres y sus acompañantes información sobre los servicios de salud a los que tienen derecho y recomendaciones según las semanas de gestación; estas corresponden a la promoción de una dieta alimenticia saludable y actividad física, además del seguimiento a la vacunación, la orientación sobre los exámenes necesarios para vigilar el desarrollo de la gestación y los signos de alarma. En estos controles se debe motivar la asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Conforme a lo que dijeron las profesionales entrevistadas del hospital en el que fue atendida una de las mujeres, la E.S.E. presta el servicio acorde a los lineamientos planteados en la RIAMP,

es decir, que toda la información sobre el embarazo es abordada en los controles prenatales. En relación con la gestación, la enfermera expresó lo siguiente:

Ellas [las mujeres gestantes] tienen programados unos controles con unas fechas específicas; si la usuaria no asistió, el equipo de control prenatal tiene que comunicarse con la usuaria, hacerle seguimiento de por qué no asistió (...), en caso de que no se logre ubicar telefónicamente; también hay un equipo interdisciplinario que hace visita domiciliaria para verificar cuál es la situación. (Enfermera, comunicación personal, 09/06/2024)

Se identifica, según lo expresado por la enfermera, que hay un reconocimiento de la norma de atención en la gestación y aunque en la RIAMP no define un seguimiento a realizar con las mujeres en caso de inasistencia a los controles, el Hospital establece un plan de acción para estas situaciones. Lo anterior vislumbra el interés institucional en el área de obstetricia al priorizar acciones que garanticen la vinculación de las mujeres gestantes a la atención del EPP en entornos clínicos. Este tipo de acciones puede tener impactos sobre la morbilidad durante la gestación, sin embargo, debe advertirse que hay contextos en los que las mujeres por decisión o por condiciones geográficas deciden llevar sus cuidados prenatales, el parto y el posparto con parteras; de manera que la valoración de la no asistencia de la mujer a centros asistenciales debe considerar otros aspectos, como el cultural, el acceso a la salud y los riesgos posibles para la madre y el feto. En este sentido, las parteras y parteros han sido reconocidos como parte del sistema de salud, no solo se les ha brindado formación, sino que están autorizados mediante la Resolución 3676 de 2021, para certificar los nacimientos (DANE, 2021).

De acuerdo con las experiencias de las dos mujeres entrevistadas sobre los controles prenatales, estos se enfocaron principalmente en la información sobre la alimentación, la actividad física y los exámenes respectivos para garantizar el crecimiento del feto y la salud de la madre. Ellas no aludieron que para ese momento les hubiesen orientado sobre los cambios emocionales y familiares durante el embarazo.

En la narrativa de Danna y Lucía, se evidencia que en la atención prevalece una concepción de salud desde lo biológico y que ellas no tuvieron lugar para tratar las emociones, temores y problemas familiares que para este momento se les presentarán. Sobre este punto se profundizará más adelante.

Refiriéndose a los primeros controles, Danna y Lucía tuvieron claramente identificado el seguimiento al desarrollo fetal y los procedimientos que debieron cumplir para constatar la salud del bebé. Manifestaron que:

(...) me llenaban unas fichas donde evaluaban el peso de la niña, mi peso, o sea, cómo íbamos las dos. Cada mes escuchar el corazón de la niña, (...) tienen un cronograma, donde a las 20 semanas toca la ecografía del sexo, a las 13 semanas te hacen una ecografía para saber si la niña tiene Síndrome de Down, entonces hay que ser muy cumplidas en eso porque cuando la bebé va a nacer, te lo piden. (Danna, comunicación personal 24/05/2024)

Más que todo el enfoque en cuanto al bebé (...) se revisaba el desarrollo del bebé, el primer mes miraban si tenía formada la columna, que el huesito, que los pies, que ya tenía las piernas, la formación de los ojos, de las uñas y demás (...) A uno lo mandan a comer mucha fruta, mucha verdura, hay que bajarle a los fritos por cuestiones de salud, tanto para ella [se refiere a la bebé], como para uno. Caminar mucho, tomar mucha agua, no quedarse como sedentario. (Lucia, comunicación personal 24/05/2024)

La ruta de atención se concentra en factores del orden biológico, con lo cual se disminuyen los riesgos de morbilidad perinatal, pero no se integran aspectos cognitivos, afectivos y relacionales de la mujer gestante. Se identifica que los hospitales implementan el “plan de cuidado”, garantizando la atención mensual y haciendo el seguimiento necesario al desarrollo del feto y a la salud de la mujer gestante. Los fundamentos de la atención obstétrica priorizan indicadores de salud desde una perspectiva que fragmenta al sujeto, separando cuerpo y mente. Así, la atención no profundiza en factores emocionales, familiares y sociales asociados al desarrollo del embarazo; teniendo en cuenta que es una etapa en la que los cambios físicos conllevan emociones, sentimientos y pensamientos, tanto en la mujer como en la familia próxima.

Es decir que es necesario que se aborden las limitaciones de la mirada biomédica de la salud, en la que hay una separación de las emociones, el cuidado se centra en la dimensión material y procedimental, excluyendo las dimensiones relacionales, sociales y psicológicas de las mujeres atendidas (Lobo-Orsorio *et al.*, 2023). Esto implica reconocer que la atención humanizada también atraviesa los discursos y el lenguaje con el que el personal de salud se relaciona con las madres y sus acompañantes, lo que implica no solamente un cambio de prácticas, sino un ejercicio reflexivo

sobre el sí mismo. Desde la atención obstétrica, esto se haría visible en el reconocimiento de las mujeres como agentes de su proceso, trayendo consigo un reposicionamiento del personal de salud, no como superiores desde su bagaje de conocimiento, sino como acompañantes en el proceso de embarazo, parto y posparto.

5.4.1.2 Curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad

Otro de los componentes del plan de cuidados es el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, el cual se plantea desde un enfoque de curso de vida, en el que interactúan los profesionales de la salud, las mujeres gestantes y sus acompañantes. La intención es desarrollar las capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el posparto (Resolución 3280 de 2018). Este debe ser realizado por un equipo interdisciplinario el cual debe promover que sea un espacio de diálogo en el que las mujeres y sus acompañantes puedan expresar sus creencias y saberes. Además, se deben desarrollar temas para promover el bienestar de la mujer gestante y el feto, tales como: la construcción de vínculos afectivos, el reconocimiento de signos de alarma y el conocimiento de prácticas de cuidado.

Conforme a lo expresado por la enfermera y la psicóloga, en el hospital, el curso se realiza cada 15 días y se programa con la participación de un equipo interdisciplinario. La trabajadora social se refiere a este como un espacio psicoeducativo, en el que se conversa sobre los riesgos para las mujeres y se analizan los contextos de cada una. Además, expresan la enfermera y la psicóloga, que es un espacio en el que se involucra activamente a la mujer y sus acompañantes:

En el área de control prenatal existe un curso que se llama “preparación para la maternidad y paternidad”, en este curso se le da todo ese soporte psicológico, social y fisiológico del embarazo, entonces aquí no solamente se involucra, o es protagonista la materna, sino también su familia, y los prepara para este nuevo cambio, o ese nuevo integrante de la familia. (Enfermera, comunicación personal, 09/06/2024)

Con la jefe se aborda todo lo que es biológico en el proceso que está pasando la mamita; con trabajo social, nutrición y psicología estamos abordando un enfoque biopsicosocial prácticamente. Y a esas charlas van las familias, o sea va la que ella elija [se refiere a la mujer embarazada], que es su acompañante durante todo el proceso de gestación. (...) Entonces todos ellos reciben esa sensibilización y esa psicoeducación grupal. (Psicóloga, comunicación personal, 09/06/2024)

Las profesionales dan cuenta del cumplimiento institucional del curso de preparación para la maternidad y la paternidad contemplado en la RIAMP, desde la organización de espacios educativos orientados por un equipo interdisciplinario que aborda de forma integral la atención al embarazo. Teniendo en cuenta la RIAMP y la Ley, estos espacios deben reconocer que si bien el embarazo es un estado que implica cambios fisiológicos, también provoca cambios personales (psique de la mujer), sociales (representación de la maternidad, EPP, crianza) y familiares (Rodríguez-Czaplicki, 2017).

En este sentido, Danna y Lucía expresan que participaron de espacios de educación grupales, en los que asistían diferentes mujeres embarazadas con sus acompañantes; particularmente Lucía manifiesta que disfrutó de estos espacios, ya que eran dinámicos y aplicaban una educación práctica sobre diferentes temas como “cambiar el pañal”, siendo muy valioso para ella como madre primeriza, pero también manifiesta que “Ahí en Palma Real no había [se refiere al curso de preparación para la maternidad y la paternidad], sino hasta el séptimo mes que ya empezaron a darlas, pero la verdad no las estaban implementando” (Lucia, comunicación personal, 24/05/2024), esto crea condiciones que vulneran los derechos de las mujeres gestantes al no responder a cabalidad con lo planteado en la RIAMP. Danna expresa:

Charlas en pareja o bueno, con acompañante, eso lo daba el hospital, eso fue en el centro de salud La Emilia, y nos hacían llenar una asistencia, todas las embarazaditas la tenían y era cada jueves a las ocho de la mañana y te daban refrigerio y todo; y te decían “si tú tienes al menos cinco asistencias tu esposo puede entrar al parto o a la cesárea” y eso lo incumplieron. Mi esposo no pudo estar en nada. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

En la narración de Danna se identifica que el curso de preparación para la maternidad y la paternidad es un espacio para ofrecer educación a la mujer gestante y su acompañante y en el caso particular de ella, la institución en la que fue atendida indicó la asistencia al curso como un requisito para permitir la presencia del acompañante a la hora del parto. Esto constituye arreglos institucionales que favorecen la participación de las mujeres, pero ponen en juego un derecho contemplado en la RIAMP y la Ley “estar acompañada (...) por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto”.

En este espacio se instauran relaciones de control, donde los y las profesionales desde su lugar de autoridad son quienes deciden sobre la forma de dar a luz, las personas que acompañan el momento y demás aspectos que deberían formar parte de la agencia de las mujeres, esto demuestra el desdibujamiento de la voz de estas mismas en la atención de su EPP (Colanzi, 2014). Además, estos espacios mantienen con un enfoque biomédico, donde se orienta a la mujer sobre los cuidados en su alimentación, la actividad física, la lactancia materna, pero dificulta el reconocimiento de la singularidad de cada mujer, desconociendo que cada una tiene características diferentes.

5.4.1.3 Atención psicosocial

En la RIAMP se reconoce la atención psicosocial como componente transversal en la atención del EPP, en este sentido, en todas las intervenciones realizadas (asesoría sobre el IVE, controles prenatales, curso de maternidad y paternidad, consulta de nutrición) se debe indagar por los factores de riesgo y en caso de identificar alguna complicación se debe remitir a consultas para profundizar y atender cada caso de forma individualizada.

Las profesionales del Hospital manifiestan un cumplimiento con lo establecido en la RIAMP, señalando que, si bien, la atención psicosocial es algo transversal a toda la atención en el EPP, las mujeres que son priorizadas para consultas por Psicología o Trabajo Social son las que presentan algún factor de riesgo psicosocial:

(...) desde el día que se dan cuenta de que están en embarazo, entonces nosotros dentro de las atenciones que brindamos a ellas es el acompañamiento durante todo su proceso de gestación con seguimientos trimestrales, si su embarazo va sin ninguna alteración a nivel emocional. Si hay algún tipo de alteración emocional que esté afectando o que puede afectar el desarrollo de su gestación, de su bienestar mental, pues nosotros damos unos seguimientos más continuos ya cada mes, cada 15 días según el caso por caso que tengamos. (Psicóloga, Comunicación personal, 09/06/2024)

“(...) en el área de Trabajo Social se focaliza y se genera la intervención cuando hay criterio de alerta. Algún tipo de violencia o una situación de riesgo sea social o intrafamiliar, entonces ahí los especialistas nos vinculan a nosotros”. (Trabajadora Social, Comunicación personal, 09/06/2024)

Además, la psicóloga expresa que en el Hospital la atención por Psicología se enfoca en la parte emocional de las mujeres gestantes, mientras que desde Trabajo Social el enfoque es más

normativo, brindando información sobre derechos, activando rutas de atención en los casos que amerite, estableciendo articulaciones con diferentes instituciones que permitan dar garantía de una atención integral, entre otras.

Teniendo en cuenta las voces de las mujeres con relación a esta primera experiencia de maternidad, Danna narra que desde el momento en que se enteró de su embarazo y durante todo el desarrollo del mismo florecieron miedos, entre los principales se preguntaba ¿cómo sería el parto?, mientras que Lucía expresa que como madre primeriza le tenía miedo a todo, era más sensible, lloraba más seguido y se preocupaba por no poder ser una buena madre. Se presume que habría sido preciso un acompañamiento psicosocial.

Lucía plantea que su primer encuentro con una psicóloga fue al cuarto mes de gestación, y en dicha consulta se interesó sobre su estado de ánimo y sus redes de apoyo; mientras que Danna refirió que en su experiencia fue difícil lograr una cita con psicología, incluso en el momento en que recibió la noticia de que era apta para parto natural, lo que la confrontó emocionalmente y la movió a buscar apoyo psicológico:

(...) desde un inicio quería [se refiere a tener cita con Psicología], pero tener cita con el psicólogo en el Hospital es imposible, tiene que ser que usted ya esté atentando contra su vida, obviamente yo no estaba atentado contra mi vida. (...) ya lo necesité cuando me dijeron “usted es apta para tener a la bebé normal”. En ese momento yo salí super asustada, llorando (...) yo pedí cita psicológica, también porque digamos que en mi entorno familiar había muchos problemas (...) yo iba a pedir cita “vea, quiero cita con el psicólogo” “venga en dos meses” [refiriéndose a la respuesta que le brindaron]. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Si bien la psicóloga plantea unos espacios de atención continuos en los que se abordan temas de interés para la mujer y su familia como las prácticas de cuidado, y la trabajadora social expresa que desde el proceso ambulatorio se garantiza la escucha y se crean vínculos con las mujeres, las mujeres narran que de forma individual se establecieron pocos espacios de atención psicosocial, este enfoque se brinda con mayor frecuencia a través de los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, los cuales se realizaban en grupo con las mujeres y sus acompañantes, lo que puede llegar a dificultar la atención psicosocial individualizada.

La atención psicosocial durante el embarazo es fundamental para el bienestar de la mujer, no solo en situaciones donde se evidencian factores de riesgo, sino también como un acompañamiento integral que aborda tanto las dimensiones emocionales como sociales de este proceso. Esta atención debe ir más allá de la intervención en momentos de crisis, y reconocer las múltiples realidades que influyen en la experiencia de la gestación, tales como el contexto socioeconómico, cultural y de género. Un enfoque psicosocial debe incidir en la capacidad de agencia de las mujeres y, al mismo tiempo, reconocer y atender los nuevos sentimientos, sensaciones, dudas e inquietudes que pueden surgir a lo largo del embarazo. De esta manera, la atención psicosocial se convierte en una herramienta esencial para garantizar un proceso de gestación saludable, respetuoso y centrado en la mujer.

5.4.1.4 Plan de parto

El plan de parto puede ser entendido de acuerdo con la RIAMP como un conjunto de procesos realizado por el personal de salud, en donde se estudia entre otras cosas: la posición fetal, se planea la logística del parto y se orienta a la mujer y su acompañante sobre los signos de inicio del trabajo de parto y los cuidados sobre sí misma y el recién nacido. La Ley 2244 de 2022 describe el plan de parto como un derecho de las mujeres en gestación, desde esta perspectiva de atención humanizada este documento es una herramienta construida por las mujeres donde presentan a la institución sus deseos frente a la atención en el parto y facilita una comunicación con los actores del sistema de salud.

En el Hospital las profesionales expresan que han ido avanzando en condiciones para adelantar la atención humanizada, con acciones que incluyen la capacitación de los funcionarios, el mejoramiento de la infraestructura y la comunicación con las mujeres gestantes y sus acompañantes, además señalan que están en un proceso de actualización de guías con el propósito de adaptarlas a la norma. En relación con el plan de parto, la psicóloga expresó que:

(...) también la opción de que ellas puedan escoger su plan de parto, entonces sí se le habla sobre todo ese tipo de temáticas (...) [Referente al plan de parto] establece que ellas puedan tener su

acompañante en el momento del parto, en realidad no puedo decirles si eso aquí se está cumpliendo. Lo que hacemos es que desde ambulatorio de los cursos de padres les damos toda la sensibilización y conocimiento de lo que se pueden enfrentar si en su momento quieren solicitar como tal estar ahí (...). (Psicóloga, comunicación personal, 09/06/2024)

El plan de parto es una de las herramientas por medio de las cuales se da un lugar central a la mujer, para presentar a la institución sus deseos frente a la atención en el parto. Sin embargo, cuando se conversa con las profesionales sobre las acciones implementadas para garantizar que las mujeres tomen decisiones en su proceso de atención, estas se remiten al IVE, siendo la decisión inicial de continuar o no el embarazo el momento en que se refleja mayor escucha hacia la mujer, mientras que posterior a esto durante la atención al EPP las mujeres son subordinadas a los procesos planteados por la institución y el personal de salud, sin dar lugar a que decidan sobre su propio proceso de alumbramiento.

En este sentido, Lucía expresa no tener algún conocimiento sobre el plan de parto o sobre la Ley de parto humanizado. Para Danna, el plan de parto se trata de poder solicitar acompañante en el momento del parto, tener contacto piel a piel con su hijo, escoger la posición en la que desea el parto, además expresa una negativa por parte de la institución ante sus interrogantes:

Yo le dije doctora “hay algo que se llama parto humanizado, yo estoy informada sobre eso, hay leyes que lo rigen, y que lo cobijan y lo permiten”, “sí, pero eso es en otros hospitales, esto aquí no” [fue la respuesta de la profesional]. Entonces ella me explicaba que era porque era un hospital público y cualquier emergencia el hospital no tenía cómo cubrir. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Durante el embarazo, parto y posparto la información con la que cuentan las mujeres y sus familias es fundamental en tanto el conocimiento sobre su situación particular y posibilidades institucionales propicia condiciones para la autonomía y la toma de decisiones; por el contrario, cuando la información es escasa o inexistente se ubica a las mujeres en un lugar de pasividad en el que el personal de salud coacciona y toma protagonismo sobre el cuerpo de la mujer (Castañeda-Aponte y Vargas-Daza, 2018). Por lo que corresponde al personal brindar la información oportuna y con claridad de forma que las mujeres y sus familias puedan tomar decisiones informadas, autónomas con relación a la atención que reciben y cómo desean que se desarrolle su EPP.

5.4.1.5 Continuidad en la atención

Entre los derechos de las mujeres en la atención del EPP, la Ley 2244 de 2022 plantea que los controles prenatales sean realizados por los actores del sistema de salud que atenderán el parto y preferiblemente en la misma institución en la que se vaya a realizar este procedimiento. En relación con esto las profesionales expresan que:

Si yo te veo y te valoro por primera vez, siempre vas a tener la misma psicóloga durante todo tu proceso. Que puede haber una excepción ya de fuerza mayor, que la profesional se desvincule del hospital entonces cambiaría, pero queda el registro en su historia clínica de cómo llevaba el proceso (...) pero se garantiza que la paciente siempre tenga la misma psicóloga. (Psicóloga, comunicación personal, 09/06/2024)

Tenemos una alta rotación de personal por temas de contratación, temas personales de los colaboradores que les sale una opción laboral diferente (...). Nosotros hemos tenido que cubrir estas vacantes y volver a retomar con el proceso de inducción y reinducción. (Enfermera, comunicación personal, 09/06/2024)

En el caso de Danna, la doctora que atendió su parto no llegó a atender ninguno de sus controles prenatales y muchos de los procedimientos que implican un contacto físico (principalmente el tacto vaginal) generaron en ella incomodidad debido a que fueron realizados por estudiantes o personas distintas en una sola atención. Lucía reconoce que hay cierto personal que responde adecuadamente, desde el respeto y la escucha, pero también hay muchos momentos en los que se ve negligencia, situaciones que pueden acarrear grandes consecuencias para las mujeres y para los bebés. Ella refiere que hubo continuidad en la atención de los controles prenatales, sin embargo, al ser remitida a una clínica en Cali para el trabajo de parto y posparto, el personal de salud que la empezó a atender era completamente desconocido.

Pese a que la Ley estipula que debe haber una continuidad en los procesos de atención al EPP, las profesionales dan cuenta que la intención de mantener ese proceso de atención entre el mismo profesional y la mujer gestante, pero hay limitaciones estructurales que no lo permiten como la alta rotación del personal debido a las condiciones laborales. Lo anterior se visibiliza en las narraciones de las mujeres, quienes expresan que los profesionales encargados de diferentes

atenciones fueron desconocidos para ellas, lo que afecta en el aumento de inseguridad e incomodidad durante la atención.

5.4.1.6 Componente diferencial

La Ley 2244 de 2022 de parto humanizado estipula el reconocimiento y respeto a la subjetividad de cada mujer atendida por el sistema de salud, reflejado precisamente en los artículos 4°, 8° y 10°, donde se señala la existencia de una búsqueda de articulación entre el saber médico-científico con los saberes pluriculturales y ancestrales de cada una de ellas, a través del enfoque diferencial. Las profesionales del Hospital en relación con el enfoque diferencial expresan que:

Desde psicología estamos muy sensibilizados con el respeto sobre ese tipo de creencias y si yo identifico en la valoración que esa persona tiene una inclinación religiosa y es cristiana, pues generalmente uno se adapta a esa creencia. (Psicóloga, comunicación personal, 09/06/2024)

Ha habido solicitudes como por ejemplo lo de la entrega de la placenta, siempre se han respetado todo este tipo de solicitudes bajo los derechos sexuales y reproductivos y... se les realiza la entrega, nuestros protocolos han abarcado todos esos enfoques diferenciales. (Enfermera, comunicación personal, 09/06/2024)

En este sentido, una de las mujeres expresa que se sintió irrespetada cuando se le habló de la interrupción voluntaria del embarazo siendo algo contrario a sus creencias:

La manera en la que abordan el tema del aborto, porque tú vas donde el médico y le presentas la prueba positiva, vas a empezar control, y te dicen “¿quieres abortar?”, como si fuera “¿quieres un dulce?” [risa], tú no sabes si esa persona eh... es creyente o es feminista (Danna, comunicación personal, 02/03/2024).

Desde lo expresado por el personal de salud se aprecian cambios en pro de garantizar la escucha y respuesta a las solicitudes de las mujeres gestantes principalmente en lo que corresponde a la IVE. Si bien con la objeción de conciencia se puede rechazar el realizar un procedimiento o actividad particular que es percibida como incompatible con los dictados morales, religiosos o éticos de la conciencia individual, la interrupción voluntaria del embarazo corresponde a un derecho de autonomía reproductiva estipulado legalmente mediante la Sentencia C-355/2006 y la

Sentencia C-055/2022. Conforme a lo estipulado, las entidades de salud deben realizar el procedimiento de manera segura, oportuna y con calidad, a partir de la manifestación de la voluntad de la niña, adolescente o mujer gestante.

Aunque desde los nuevos panoramas legislativos se dé mayor acceso a procedimientos como el IVE, es importante que el abordaje se haga desde los mismos principios que la Ley plantea, dado que, si bien la interrupción voluntaria del embarazo puede ser la elección voluntaria para una mujer, para otra puede resultar como algo incorrecto conforme a sus creencias, como es el caso de Danna.

En la RIAMP y la Ley 2244 de 2022 se contempla la atención del EPP desde un enfoque diferencial lo que resulta indispensable para garantizar una atención humanizada, que promueva una experiencia de atención agradable, enmarcada en la información, acompañamiento y ayuda oportuna según requiera cada mujer, sin embargo, diversos estudios muestran que las prácticas del personal de salud varían de acuerdo con los factores etarios, culturales y socioeconómicos Cáceres-Manrique y Nieves-Cuervo (2017) afirman que el maltrato durante el EPP es más común en mujeres gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico, además las mujeres con identidades étnicas diferentes pasan por las mismas violencias que las mujeres occidentalizadas, pero también experimentan formas particulares de VO como la falta de respeto o sensibilidad cultural (Gaffney-Gleason *et al.*, 2021).

Lo anterior muestra que para garantizar una atención humanizada se debe reconocer las desigualdades en la atención, de forma que se identifiquen factores etarios, culturales y socioeconómicos y se prevengan las prácticas de VO desde la construcción de escenarios de atención equitativos que garanticen una atención de calidad a cada mujer que decida vivir su EPP en instituciones clínicas.

5.4.2 Trabajo de parto y parto

De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, el parto es el conjunto de procedimientos para el acompañamiento de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto. Según la misma normativa este momento comprende cuatro atenciones:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo de parto, atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

El primero de estos momentos describe la realización de una historia clínica que incluya una anamnesis, examen físico y solicitud de exámenes paraclínicos. La segunda atención es el Periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm de dilatación; durante este período dilatante la mujer gestante debe ser acompañada de forma individual por la persona que ella elija; el tercer momento en la atención es aquel que transcurre entre la dilatación completa y la expulsión fetal; finalmente, se realiza la atención del alumbramiento que consiste en palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se le suministra a la madre un medicamento uterotónico¹⁵.

Si bien, la normatividad contempla un amplio número de procedimientos médicos, en los relatos de las participantes, Danna y Lucía, los que representan mayor relevancia durante el parto y trabajo de parto son: el examen pélvico y la inducción del parto. Danna señala que uno de los momentos donde su incomodidad aumentó fue durante este examen:

Llega el estudiante, (...) me mete los dos dedos para palpar, (...) “siii, yo creo que está en uno”, (...) “noo, usted está equivocado, ella no está dilatando” ¿ustedes para qué están estudiando medicina entonces, venga yo miro” [refiriéndose a la profesora], lo que tuvo que hacer ella al principio, lo hizo ya cuando vio que los estudiantes estaban enredados; “abra, ábrame bien mamita” y yo “¡Auchh! eso duele”. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

La Ley 2244 de 2022 señala que el tacto debe ser realizado por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad, sin embargo, este examen fue delegado a estudiantes en práctica lo que generó incomodidad e inseguridad. Cuando se encuentran en el proceso de gestación las mujeres viven cambios físicos y psicológicos, lo que requiere de una atención que les garantice un cuidado tanto físico como emocional, por lo que es necesario que siempre reciban atención por parte de profesionales capacitados que les puedan generar confianza y seguridad; sobre todo cuando se trata de procedimientos que implican el contacto físico.

¹⁵ Son fármacos que modulan la fuerza de la contracción uterina. Actúan activando el músculo liso del útero, lo cual se traduce en un aumento de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones.

Cobra relevancia como un proceso natural como el nacimiento con la llegada de los avances científicos y tecnológicos ha sido estandarizado a través de la medicalización, y se ha convertido en escenario de disputa de poder y control a través de prácticas biomédicas y científicas, incluso a través de la posición del cuerpo de la mujer durante el trabajo de parto y alumbramiento.

Hubo una doctora en sala de partos (...), y esa mujer tenía estudiantes al mando, eran tres estudiantes, yo con las piernas abiertas, uno bien penoso, ahh eso que dicen que sí, cuando uno es mamá la pena se le quita, es por eso; que uno con las piernas abiertas, en ese, en ese, ehh... en esa camilla y tres estudiantes, y cuando yo estaba con ese miedo de que la bebé se me viniera antes de tiempo. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Gómez (1999) cuestiona la propuesta del parto en posición horizontal, porque en esta se permite la sujeción-manipulación total del cuerpo femenino y del binomio madre-hijo durante el parto, convirtiendo a la mujer en objeto. Esta estandarización de la atención se configura como dispositivo de saber-poder durante el EPP, conservando la jerarquía de poder en la que se ubica la medicina gracias al saber que ella posee, al respecto Boltanski (1975) señala el lugar de poder que ejerce el médico a través de su conocimiento sobre el cuerpo:

El enfermo, desnudo, acostado inmóvil y en silencio, es el objeto de las manipulaciones físicas del médico, quien, vestido, de pie y libre en sus movimientos, lo ausculta o lo palpa, le ordena sentarse, extender las piernas, detener la respiración o toser. (pp. 40-41)

Para muchas mujeres es importante y genera tranquilidad tener claridad saber si su parto sea natural o una cesárea, cuando en el momento del parto se presentan irregularidades, las mujeres no solo se enfrentan a los dolores físicos, sino a la preocupación por los posibles riesgos que corren tanto su bebé como ellas mismas; en este sentido la comunicación y la información oportuna dada a las mujeres es necesaria para que tengan mayor seguridad e información sobre su estado y el del neonato, otorgándole entonces autonomía y voz en medio de una etapa importante en su vida. Esto se ve respaldado por diferentes investigaciones como la de Ospina et al. (2020) quienes desarrollaron una serie de entrevistas semiestructuradas y grupos focales con dieciséis mujeres, planteando propuestas para promover la atención humanizada del embarazo, parto y posparto desde el mejoramiento de la comunicación y atención a las usuarias, donde el buen trato y la empatía resultan imprescindibles.

El diseño de un plan de parto, realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención se enmarca como un derecho dentro de la atención. No obstante, en la realidad dista de cumplirse lo contenido en las leyes ya que las mujeres tienen poco conocimiento de estas o al solicitar la garantía de estos derechos en la institución donde fueron atendidas, el mismo personal niega que estas apliquen en sus instalaciones. Como le pasó a Danna que durante su proceso de parto aspiraba que su pareja estuviera acompañándola y sosteniendo su mano, incluso hizo alusión al plan de parto que ella desearía e interpeló a los agentes de salud sobre la atención humanizada pues ella tenía previo conocimiento de su existencia, pero la respuesta que obtuvo por parte del personal es que eso solo aplica en clínicas privadas, no hospitales.

Esta negativa de la institución, va en contravía de los derechos descritos en la normativa colombiana, la Ley 2244 de 2022 expresamente describe el plan de parto como un elemento para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud y darle a la mujer la posibilidad de estar acompañada, si así lo desea, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso todo el proceso, incluido el trabajo de parto y parto. Y si bien, parte del personal de talento humano sabe sobre la Ley 2244, y en particular lo descrito sobre el derecho al plan de parto, no se enmarca este como una prioridad dentro de la atención.

Brenes-Monge *et al.* (2020) a través de un análisis transversal de un muestreo estratificado y por conglomerados, evaluó la calidad de la atención a mujeres con factores de riesgo obstétrico durante el embarazo, parto y posparto. Uno de los principales hallazgos se refiere a la atención de menor calidad a las mujeres más pobres, quienes reciben menos beneficios relacionados con el cuidado del embarazo, parto y posparto.

La Ley 2244 de 2022 si bien sí aclara que la mujer gestante podrá contar con acompañamiento psicosocial en cualquier momento incluido el parto, la RIAMP solo hace alusión al mínimo de talento humano para este momento: profesional en medicina o profesional en enfermería; este aspecto deja por fuera del margen de la atención en salud a los profesionales en Psicología y Trabajo Social en momentos como el parto y trabajo de parto que desde su quehacer pueden intervenir y contribuir al bienestar tanto físico como emocional de estas mujeres en un momento

en particular descrito como doloroso. Referente a esto una de las profesionales dice que se realiza intervención exclusivamente cuando se presenta una contingencia:

Entrevistadora: ¿Cómo funcionan los horarios de Trabajo Social y Psicología durante la atención al parto? ¿Si ellos se encuentran presentes durante esta atención?

Enfermera: Durante el parto no sería necesario. El equipo interdisciplinario siempre está con llamado en caso de contingencia ¿sí? (...) el área en caso, pues, de que no se cuente en ese horario (Psicología y Trabajo social) y se presente esta situación ellos hacen el primer abordaje y la contención de la situación ¿sí?, entonces inmediatamente se interconsulta psicología, Trabajo Social dependiendo, pues, del requerimiento y ya en las primeras horas del día se cuenta con ese apoyo. (Enfermera, comunicación personal, 09/07/2024)

La atención psicosocial en los contextos sanitarios, particularmente durante momentos como el parto o el trabajo de parto, ha sido históricamente invisibilizada u omitida. A lo largo de la historia, se ha dado prioridad a los aspectos físicos del proceso, dejando de lado las necesidades emocionales y psicológicas de las mujeres. Esta omisión puede tener efectos en su bienestar a largo plazo, ya que el parto no solo es un evento físico, sino también una experiencia emocionalmente intensa que puede generar ansiedad, miedo o incertidumbre. Es esencial que la dimensión psicosocial ocupe un lugar relevante en la atención perinatal, ya que el reconocimiento y tratamiento de las preocupaciones emocionales durante el parto no solo mejora la experiencia de la mujer, sino que también contribuye a una recuperación más saludable y a la prevención de trastornos postparto. Integrar la salud mental en la atención obstétrica es un paso crucial para garantizar una atención integral, respetuosa y centrada en el bienestar completo de la madre y el bebé (Beck, 2004).

Comunicación y condiciones locativas

Dos elementos que también cobran relevancia durante este momento de la atención son: las condiciones locativas de la institución de salud y la comunicación entre el personal sanitario y las madres. En primer lugar, Perazzo *et al.* (2015) hace un análisis de este primer aspecto en el que afirman que la mente del médico ha priorizado la adquisición del contenido científico y ha descuidado el fortalecer carácter y virtudes para establecer los tradicionales nexos humanos que conforman la relación médico-usuario; y esta situación deshumaniza y vulnera el derecho a la

intimidad. Esta vulneración a la intimidad según los autores se debe a “defectos, carencias o ausencias de factores fuera del dominio de la institución sanitaria”. Es entonces que la responsabilidad se traslada al Estado, quien cumpliendo con sus responsabilidades y deberes debe ocuparse de la distribución de los recursos económicos y el cuidado de la infraestructura y condiciones locativas de los espacios donde se ofrece la atención en salud, siendo esto una forma de cumplir con los derechos descritos en las diferentes normativas. Un ejemplo de la vulneración a la privacidad e intimidad debido la infraestructura de la clínica donde fue atendida es el siguiente:

Lo más difícil y “traumante” para mí, es que en ese momento ponen a todas las que entran ahí, las que están embarazadas, las que ya van a salir y las que han perdido los hijos, tanto para las que han perdido a los hijos, como para uno es traumante. ¿Por qué? Porque uno está escuchando las que ya van a salir y ese dolor y esa gritadera entonces uno como que ¡Uy! (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024)

Lo anterior permite identificar cómo la falta de condiciones locativas dentro del Hospital dificulta ofrecer un espacio adecuado para atender situaciones que exigen un trato diferencial, como por ejemplo un duelo gestacional o perinatal; los cuales son factores que juegan un papel importante en las experiencias de atención de las mujeres. Así mismo, Lucía en su relato demuestra cómo en ese espacio sus miedos se incrementan al enfrentarse a otras mujeres que lamentablemente han perdido a sus bebés, y siembra en ella sentimientos de zozobra e incertidumbre que antes no tenía.

En segundo lugar, la comunicación manejada entre el personal de salud y las mujeres, puesto que se presentan situaciones en las que los procedimientos que se realizan a las pacientes no son comunicados entre los profesionales que las atienden, generando que el profesional que ingresa no sea consciente de cómo se están realizando ciertos procedimientos:

Entonces vino y me rompió la fuente y me dijo “dentro de dos horas, si usted no ha dilatado, la pasamos para cesárea”, cambiaron de turno, pues ese doctor no le informó a la doctora que estaba allí, pasaron las dos horas, yo le dije: “doctora, ya pasaron dos horas”. “Ay, el otro médico no dijo nada”. (...) Yo siempre he escuchado en las películas y todos cuentan que cuando el bebé nace llora, mi bebé no lloró. Cuando la doctora me la trae y la vi como que, buscándome, dijo “la bebé la tuvimos que reanimar porque la bebé no tenía respiración”. (Lucía, comunicación personal, 24/05/2024)

Estaba la doctora que quería, una doctora respetuosa, una doctora profesional, una doctora excelente, luego la doctora que me iba a operarla, la que dio la orden es una... la que te operas otra, me acuerdo muy bien que se llama Laura ella fue me explicó todo, yo ya estaba en la camilla, me dijo, “te vamos a hacer la cesárea bebé, tu bebé está muy bien, vas a conocer a tu hija, ¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? ¿Necesitas algo? ¿Quieres ver a tu esposo una última vez?”. (Danna, comunicación personal 2/3/2024)

Para muchas mujeres es importante y genera tranquilidad tener información oportuna y clara sobre el estado de salud del bebé, si será parto natural o cesárea, además cuando en el momento del parto se presentan irregularidades, las mujeres no solo se enfrentan a los dolores físicos, sino a la preocupación por los posibles riesgos que corren tanto su bebé como ella misma; en este sentido, la comunicación y la información oportuna dada a las mujeres es necesaria para que tengan mayor seguridad, otorgándole entonces autonomía y voz en medio de una etapa importante en su vida. Esto se ve respaldado por diferentes investigaciones como la realizada por Ospina-Vanegas *et al.* (2020) quienes realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con dieciséis mujeres, hallando así las principales propuestas que hacen para mejorar la atención del embarazo como del parto, entre ellas: el mejoramiento de la comunicación y atención a las usuarias, donde el buen trato y la empatía resultan imprescindibles.

Finalmente, se da cuenta entonces de cómo durante el trabajo de parto y parto se entrecruzan un conjunto de variables que atañen dinámicas de poder incluso a través de la posición de la mujer durante el alumbramiento, el lenguaje, las condiciones estructurales del hospital y hasta los actores que se encargan de garantizar la atención en salud.

5.4.3 Posparto

Desde la RIAMP se comprenden en el posparto dos momentos: el puerperio mediano y el puerperio inmediato; con la intención de prevenir, detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal. En temas de acompañamiento psicosocial esta normativa habla superficialmente sobre la realización de un tamizaje de depresión posparto pero no define si este se aplica solamente durante la hospitalización posterior al alumbramiento o también después del egreso médico. Además de esto el *Plan Nacional de Salud Rural* (2018), y la Ley 2244 de 2022 mencionan el acompañamiento posparto, no de

manera específica, pero reiterando la necesidad de una comunicación adecuada y una atención interdisciplinaria y basada en el respeto durante todas las etapas del EPP.

5.4.3.1 Contacto piel a piel

Luego de nueve meses de gestación y un proceso de parto, que se caracteriza por el dolor físico, el primer contacto piel a piel entre las mujeres y su recién nacido es un momento clave para ambos, dado que facilita el vínculo afectivo y la adaptación, además de ser un derecho que en la Ley 2244 de 2022, específicamente en sus artículos 4° y 7°, se establece como algo primordial:

- A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.
- A tener contacto piel con piel con su madre y amamantamiento inmediato postergando los procedimientos que no se consideren vitales con el objetivo de favorecer sus procesos de adaptación neurofisiológicos y psicológicos.

Sin embargo, Danna expresa que esto no se cumplió durante su atención.

(...) cuando mi bebé nació, uno como mamá espera nueve meses para tener a esa persona en sus brazos, y a pesar de que fue cesárea, yo anhelaba tenerla en mis brazos (...) lo único que hicieron fue a acercarla a mi mejilla, poderle dar un beso y ya, ni siquiera podía tocarla (...) fueron cuatro horas que estuve separada de mi hija. (Danna, comunicación personal 2/3/2024)

Desde la atención humanizada es necesario llevar a cabo las acciones que favorezcan al proceso de atención durante el EPP para las mujeres y los recién nacidos, en este sentido, el primer contacto piel con piel va más allá de un asunto de preferencia de las mujeres, y responde a fortalecer el vínculo entre la madre y su recién nacido a través de las primeras caricias y miradas. Para las mujeres el contacto piel con piel disminuye el dolor posparto inmediato y el riesgo de depresión posparto, puede incidir en el estado de ánimo y ayuda a segregar oxitocina, hormona necesaria para la involución del útero. Para el recién nacido el contacto piel con piel ayuda a la autorregulación

de la temperatura, en la duración de la lactancia materna y el destete adecuado, favorece desarrollo neurológico y disminuye los días de hospitalización (Lucchini-Raies *et al.*, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que desde la experiencia de Danna la atención en el posparto fue según ella “deshumanizada”, pues expresa el anhelo que tenía de tenerla en sus brazos luego de haber pasado por los dolores de parto, las emociones de preocupación y los miedos emergentes en el proceso. Lo que da cuenta de prácticas clínicas que no aplican a cabalidad la normatividad, sino que operan desde un enfoque biomédico que prioriza los intereses del personal y repliega los beneficios físicos y psicológicos que pueden obtener las madres.

Si bien, la Ley no expresa directamente el contacto piel con piel entre el padre y el hijo, en el artículo 7° plantea como derecho del recién nacido la presencia y participación del padre durante el trabajo de parto, parto y posparto según sea autorizado por la mujer gestante, además de esto, Sánchez-Luna *et al.* (2009) expone que en caso de que la madre no esté en condiciones, lo más favorable es establecer el contacto piel con piel con el padre. Lo anterior muestra una tensión con lo vivido por Danna y Lucia, quienes narran en su experiencia la soledad como uno de los sentimientos más presentes durante el trabajo de parto, parto y posparto, aunque ambas cuentan con el apoyo de sus cónyuges y demás familiares, en las instituciones de salud no se dio garantía del acompañamiento de estos en la atención, lo que vislumbra un panorama en el cual los derechos del recién nacido también fueron violentados.

5.4.3.2 Hospitalización posparto

Posterior al parto, y como lo dictamina la Ley ambas madres quedaron en hospitalización de control, bajo monitoreo constante respecto a su estado físico y del recién nacido. Danna comentó que su experiencia durante este lapso fue “traumática”, pues a diferencia de Lucía que contaba con el acompañamiento de un familiar durante las noches, posterior a su cesárea permaneció sola gran parte de su hospitalización y lejos de la central de enfermería, lo que sumado a su estado físico (dolor por la reciente cesárea), el miedo, la incertidumbre, los llantos de su hija y la omisión a sus llamados de ayuda, generaron en ella una crisis emocional en la cual tuvo que comunicarse con su pareja para que este buscara una manera de ingresar a la Institución.

(...) una mamá primeriza, llena de miedos (...) sin sentir bien el cuerpo eso duele demasiado, mi hija llorando, queriéndole dar pecho y no me podía voltear, no me podía mover y mi hija llorando (...) y yo, [hace la réplica de gritos] “Enfermera, enfermera, por favor, venga, enfermera”, nadie me escuchaba porque me tenían por allá en la sala tirada a oscuras, tirada como si fuera un animal con mi hija (...) eso fue muy traumático tanto para mí que lo viví, (...) entonces digamos que esa parte sí fue bastante traumante, muy traumante. (Danna, Comunicación personal 2/3/2024)

En primer lugar se encuentra el hecho de que la entrevistada tuvo que recurrir a buscar ayuda externa para suplir sus necesidades dentro de la institución, pues si bien era constantemente chequeada con respecto a su estado de salud física, el ubicarla en una habitación alejada del puesto de enfermería, significó nuevamente un relegamiento de su papel a una situación asistencial, en la cual se le atiende según lo establecido por los parámetros médicos y cuando estos lo consideren necesario, dejando de lado las recomendaciones y necesidades que la paciente pudiera presentar desde su percepción. El hecho de ella tuviera que recurrir a gritos para solicitar la atención comprende de igual manera la inexistencia de herramientas dentro de la habitación que facilitaran una adecuada comunicación entre la paciente y el personal, lo cual se contradice con el artículo 4° de la Ley 2244 de 2022, en el cual se plantea como derecho de la mujer el mantener una comunicación asertiva con el personal y hacerla partícipe de todo su proceso de atención.

En segundo lugar, aparecen las condiciones locativas, pues, la oscuridad y el distanciamiento de las principales figuras de apoyo dentro de la Institución, jugaron un papel crucial en el recorrido de esta etapa para Danna, de forma que recuerda con exactitud que se encontraba en la habitación número 13, y la describe como un espacio “oscuro” en el cual se sintió mayormente sola, y que por tanto influyó de manera negativa en su experiencia posparto, teniendo en cuenta que el diseño de espacios arquitectónicos adecuados en el sector de la salud puede generar ambientes capaces de mejorar el estado psicológico de los pacientes, ayudando en el proceso de recuperación (Prieto y Ruiz, 2013). Frente a esto, es importante resaltar que en la entrevista con la enfermera del Hospital Raúl Orejuela Bueno (donde fue atendida Danna) se planteó que en 2022 se inició y terminó la remodelación del servicio para cumplir con los estándares de habitación y, por ende, mejorará la experiencia de las mujeres que se atendieran en el Servicio, no obstante, Danna fue atendida en este hospital durante el año 2023, y estas condiciones no la favorecieron.

En tercer lugar, el encontrarse distanciada de su entorno familiar y de los profesionales de la Institución generó en Danna un sentimiento de soledad, sentimiento que surgió a partir del aislamiento inesperado. Según los resultados de un estudio realizado a 76 mujeres en periodo de posparto, sobre la percepción de apoyo social, el funcionamiento familiar y la sintomatología depresiva, existe una relación significativa entre la depresión posparto y la percepción de las mujeres sobre el apoyo social (Contreras-García *et al.*, 2017). Es decir que, el entorno social y principalmente la relación con la pareja y la madre afecta en la recuperación posparto, de forma que el acompañamiento de la familia y amistades resulta beneficioso para las mujeres durante su periodo de recuperación.

Si bien Lucia presenció situaciones que tilda como “normales” y de chequeo rutinario, sus acompañantes también fueron restringidos, pudiendo acompañarla únicamente durante la noche, aislándola de esta forma durante el día, lo cual sumado a que no residía en la ciudad que fue atendida pudo implicar una mayor preocupación para la entrevistada, pues sus familiares debieron quedarse los tres días en condiciones incómodas y ella era consciente de esto.

(...) lo maluco de allá es que uno está por allá solo y el familiar de uno se queda en una sala allí donde hace un frío (...) le toca a las 7 de la mañana salirse, o sea, el familiar se tiene que salir de la sala y vuelve ya como a las 5 de la tarde a entrar (...). (Lucía, Comunicación personal 24/5/2024)

5.4.3.3 Egreso de la Institución

El posparto conlleva cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales en la mujer, por lo cual las estrategias que se utilicen durante esta etapa están correlacionadas con la internalización y racionalización de la experiencia de estas mismas. En este sentido, las entrevistas realizadas a las madres y a las profesionales coinciden en el hecho, de que posterior al parto y egreso de la institución, las mujeres cuentan con una cita de control para evidenciar riesgos en el neonato y la madre, pero principalmente en el recién nacido, de manera que se pueda continuar con el proceso en la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia, en la cual se le realizarán los acompañamientos y controles necesarios al recién nacido durante su etapa de crecimiento.

(...) la RÍA materno perinatal hasta el control posparto que involucra al recién nacido y a la materna, automáticamente finaliza esa ría Materno Perinatal arranca la RÍA de primera infancia, (...)

dependiendo de su edad así tiene un número de controles o un intervalo de controles (...) Pero entonces siempre lo aborda una RÍA, la RÍA materno perinatal finaliza allí con el control posparto, pero arranca otra RÍA que abarca y da una nueva normatividad. (Enfermera, comunicación personal 9/7/2024)

Sin embargo, con las mujeres el proceso se desliga a excepción de la existencia de algún factor que requiera una atención especializada, como es el caso de la atención psicosocial, que se brinda de forma ambulatoria a través de Psicología en caso de identificarse algún factor de alarma.

Cuando nace el bebecito nosotros le hacemos un acompañamiento en puerperio, que es donde identificamos ¿cómo se sintió en el momento de su parto? ¿cómo fue? ¿cómo fue tratada? e identificamos también el vínculo que está teniendo con ese recién nacido, damos unas recomendaciones para fortalecer ese vínculo, (...) damos signos y recomendaciones por las cuales acudir al servicio de urgencia durante su posparto y si identificamos alguna alteración emocional durante esa valoración en el posparto con su recién nacido, pues cargamos orden para que ella continúe su proceso nuevamente por ambulatorio (...). (Psicóloga, Comunicación personal, 9/7/2024)

Desde este planteamiento surge una tensión, pues ambas madres comentaron sobre la necesidad de un acompañamiento posparto, pero la institución no les brindó este con el propósito de identificar posibles factores de riesgo psicoemocionales. Además de poner en tela de juicio las herramientas brindadas durante el curso de padres para atravesar el posparto en casa, pues resulta indispensable educar de igual manera a los familiares sobre los cuidados tanto físicos como emocionales. En ambos casos a pesar de las diferencias, el miedo fue una de las emociones que primó en ellas, pues al ser madres primerizas se cuestionaban su desempeño como madres. Lucía por su parte recibió el apoyo de sus familiares cercanos frente a esta emoción,

(...) las primas de mi esposo encima mío “no, no, no, usted no, no va o no sé qué” eh... “usted no la sabe bañar, cójala bien” entonces yo cogí y dije “entonces soy la peor mamá, soy la peor mamá pa todos ustedes” y fui y me encerré en el cuarto a llorar, ahí si ya exploté (...), y me puse a llorar, en ese momento tuve un choque psicológico horrible, yo era... yo, yo decía “soy la peor mamá, soy la peor mamá, soy la peor mamá”. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Danna, vivió una experiencia diferente, en la que se evidencia que una orientación durante el embarazo y parto permite identificar factores familiares que potencien el acompañamiento en los días posteriores al parto, que conllevan la recuperación del cuerpo de la mujer y el cuidado del

bebe. Danna, refirió que la familia se implicaba de tal manera que se sintió invadida y reforzaron sus miedos e ideas incapacitantes como madre:

Yo me sentía muy mal de no haber podido tener a mi hija normal (parto natural), entonces yo me sentía mala mamá, y también por comentarios que había hecho la familia de mi esposo, “es que usted no caminó”, “es que a usted la mandamos a caminar y usted era muy perezosa” no sé qué, entonces ya eso me configuró como mala mamá y culpabilidad, culpabilidad, culpabilidad. (Danna, comunicación personal, 02/03/2024)

Con respecto a esto Gómez-Esteban (1991) manifiesta que “El tener en cuenta estos factores es de gran importancia ya que no sólo intervienen en las situaciones actuales, sino que determinan también experiencias futuras de la vida de la mujer, como partos posteriores e incluso vínculos familiares de los que la relación madre-hijo es la que más nos preocupa”. Con esto presente, es importante que se desarrollen estrategias efectivas que garanticen que el ambiente familiar que acompañe a las mujeres posterior al parto sea adecuado y beneficioso para ellas y sus recién nacidos.

5.4.4 Discusión sobre la atención en el EPP

Bellon-Sánchez (2015) plantea que las clínicas, hospitales y el Estado se configuran como instituciones disciplinarias desde las que se ejerce el biopoder como dispositivo de control en la medida que son estos mismos actores del sistema de salud quienes nuevamente perpetúan el saber hegemónico y médico científico a través del diseño de las normativas que instauran cómo debe ser la atención en ginecobstetricia para todas las mujeres. Lo anterior se identifica en las narrativas de las mujeres sobre los controles durante el embarazo, dado que se caracterizaban por su enfoque biomédico en el cual relegando a un segundo lugar sus necesidades emocionales y adaptativas, o siendo atendidas de la manera que la institución hospitalaria lo consideraba pertinente.

De acuerdo con Foucault (2007a), una de las medidas de la biopolítica se dirige a la atención de las necesidades básicas de los habitantes de una nación, tales como el control demográfico y de la natalidad, la atención médica y sanitaria. Se busca que los nacimientos operen con racionalidad y bajo planificación familiar, es decir, que las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas llegaran a ser consideradas rudimentarias e ineficaces. Ante esta postura los actores del sistema de salud se

configuran como quienes permiten ejecutar en la sociedad las medidas que apuntan a controlar la natalidad, delimitar las explicaciones detrás de las enfermedades y malestares que se expresan en el cuerpo de la población, descartando las costumbres, creencias y tradiciones que generalmente las personas ocupan para aliviar estas mismas. Este es un aspecto presente desde la perspectiva en la cual las instituciones fuera de considerar las particularidades de las mujeres y sus deseos, construyen un sistema en el cual se interne a las mujeres en las clínicas y hospitales, desde los cuales controlan y monitorean las decisiones de estas mismas sobre su proceso de embarazo, desligándose de otras formas de atenderlas y monopolizando de esta manera la atención gineco obstetra.

Tomando en cuenta aportes de la biopolítica y el biopoder, en la atención obstétrica, es necesario señalar, que si bien la Ley hace énfasis en la constante formación y actualización del personal, y las guías prácticas promulgadas por MinSalud, es válido pensar que el problema de la VO no yace exclusivamente tras las fachadas de los complejos hospitalarios, sino que se remite también a las instituciones académicas donde se forman los profesionales de salud, pues en la academia se prioriza el conocimiento médico-científico, dejando atrás prácticas que hasta hace poco eran normales pero que con los avances de la ciencia y la tecnología han dejado de ser frecuentes, como lo expresa una de las profesionales:

Hay algunos profesionales más bien como de la “vieja guardia” que uno les llama acá (...). Que ya uno no lo ve con las nuevas generaciones de médicos y especialistas, porque ya hay más conciencia, porque ya hay más empatía. Se ha sensibilizado en los mismos programas cuando están estudiando el trato humanizado, todos los derechos que ellas... que el paciente tiene y el que se le debe cumplir y demás, entonces yo lo diría más que la brecha está es con la con los de la vieja escuela. (Psicóloga, comunicación personal, 09/06/2024)

La atención obstétrica vista a través de los lentes de la biopolítica y el biopoder, refleja una profunda influencia social en la manera en que se concibe el parto y la maternidad, donde la ciencia y la tecnología prevalecen sobre las prácticas culturales tradicionales que han acompañado a las mujeres a lo largo de la historia. Las políticas de salud, aunque promuevan la formación continua del personal médico, no parecen cuestionar cómo la dinámica médica y académica ha sido históricamente moldeada por un sistema patriarcal que minimiza o ignora las prácticas de parto culturalmente significativas. Al centrarse en la técnica y la intervención, se desvalorizan las

experiencias culturales y comunitarias del parto, donde el proceso es visto más como una vivencia compartida que como un evento médico. Esta dinámica no solo refleja un control biopolítico sobre el cuerpo de las mujeres, sino también una imposición que favorece la medicalización del parto, despojando a las mujeres de su agencia en un acto que, culturalmente, debería ser autónomo.

Si bien los relatos de las mujeres dan cuenta de que en la atención obstétrica se continúa priorizando el conocimiento médico generando relaciones asimétricas, desde las que el personal de salud se posiciona como autoridad ejerciendo control en la toma de decisiones sobre el EPP y, por ende, sobre el cuerpo de las mujeres, también se puede vislumbrar cómo se van gestando profesionales con otras formas de atención, que reconocen el lugar central de la mujer. La atención del proceso de embarazo, parto y posparto es un asunto que no solo pasa por la normatividad, pues requiere de una comprensión de las particularidades culturales, territoriales y sanitarias, no obstante, basado en las narrativas de las mujeres es crucial que se sigan desarrollando acciones que busquen ubicarlas en un lugar central en su atención, pues según sus relatos, la priorización de la perspectiva biomédica es innegable, relegando lo psicosocial y a las mujeres en sí a un segundo lugar en el cual el interés y los beneficios de las instituciones se sobreponen a las necesidades de estas mismas.

6. CONCLUSIONES

Este trabajo constituye una oportunidad para evidenciar el poder de los procesos de organización colectivos para lograr el reconocimiento de las necesidades particulares de los sujetos, en estos casos de las mujeres en su gestación, parto y posparto. Las luchas de las mujeres para manifestar y denunciar las formas de violencia que se amparan en discursos ideologizados y médicos aluden a un ejercicio político, toda vez que le da un lugar a la mujer, se le reconoce en las particularidades de sus corporalidades y vivencias. La aprobación de la Ley 2244 de 2022 es un testimonio de los resultados de las luchas de mujeres gestantes y de organizaciones sociales que han buscado visibilizar la violencia obstétrica en la atención clínica del EPP, llegando a movilizar normativas desde las cuales se promueva la atención humanizada.

Muchas mujeres han tomado la voz, para denunciar un modelo de salud en el que prevalece la lógica de optimización de recursos y la acción de profesionales sustentada en un discurso médico que omite e incluso menosprecia las expresiones particulares de los cuerpos femeninos. En las encuestas consultadas, en los relatos de las mujeres y de las profesionales participantes de esta investigación se da cuenta de la experiencia que viven la mujer en los centros de salud y hospitalario; refieren desde diferentes orillas, el profesional y la usuaria, las limitaciones en la atención psicosocial, la omisión de información y falta de claridad en torno a los procedimientos médicos, los cuales además se registran sin consentimiento. La limitación en los recursos materiales y de personal de los centros de salud y hospitales, junto con el saber experto de los médicos son factores asociados a la violencia obstétrica, que se instituyen y se han venido naturalizando de tal forma que se le justifica y de esta manera se mantiene un control sobre el cuerpo de la mujer.

Esto resulta afectando negativamente el EPP dado que los deseos u opiniones de las gestantes y parturientas terminan siendo subordinados frente al lugar de superioridad del personal de salud, estableciendo así relaciones de poder y control en la atención al EPP.

Sin embargo, es pertinente señalar, que las condiciones de las instituciones vienen a jugar un papel importante en la calidad del servicio que brindan, pues la atención no está por fuera del contexto, y las limitaciones que puedan presentarse, no depende únicamente de las intenciones

individuales del personal de salud sino de los recursos disponibles y el ambiente laboral establecido.

De igual modo, existe una intención de mejora dentro de la institución donde laboran las tres profesionales que participaron de esta investigación, demostrado mediante la modificación de la infraestructura, la capacitación a los profesionales y la actualización de las guías de atención conforme a los avances legales. Teniendo en cuenta el poco personal vinculado para atender todos los servicios y la sobrecarga que esto implica para estos(as), pues deben encargarse de un gran número de usuarios, el componente psicosocial sigue siendo relegado, no es priorizado como la atención biomédica, lo cual dificulta una atención de calidad, oportuna, que cubra las necesidades de los sujetos que ingresan a la institución.

Una de las limitaciones de la Ley del parto humanizado es el no reconocimiento de la VO como una problemática existente, es importante contemplar la inclusión del concepto y que se dé cuenta de las diferentes formas en las que está se manifiesta, así como es necesario que existan canales adecuados para su denuncia, de forma que se definan medidas sancionatorias y restaurativas para las víctimas.

Se reconoce la atención ginecobstétrica como un campo fértil para el Trabajo Social, siendo este un escenario que debe seguir siendo explorado en aras de impulsar otras formas de intervención que promuevan el lugar central de la mujer en los procesos de atención obstétrica. En este sentido se espera contribuir desde una perspectiva de sensibilización de los profesionales de la salud aportando una mirada que además de lo biológico amplíe a un panorama en el que se reconozca a la mujer como agente de su EPP, respetando las diferencias y reconociendo la particularidad de la situación de cada mujer, desde una mirada integral en la que el Trabajo Social está especialmente capacitado para ofrecer.

Resulta importante que en los espacios de elaboración y debate de las leyes se incluyan a las mujeres que incluso desde experiencias concretas, expliquen las formas que adopta esta violencia y sus expectativas de atención. Este es un medio en el que los grupos y colectivos ya han empezado a alzar la voz en torno al parto humanizado y la VO, lo que se constituye en una evidencia innegable de la relevancia de la participación de las mujeres en la construcción de agenda pública.

En la investigación e intervención desde el Trabajo Social es necesario continuar discutiendo sobre la autonomía corporal y la atención obstétrica, abogando por un escenario que visibilice los derechos humanos y aporte a una justicia reproductiva en la cual las mujeres decidan sobre sus cuerpos. De igual manera, desde la profesión toma peso la prevención y atención de la VO, partiendo del reconocimiento y la sensibilización de esta. Es fundamental visibilizar esta problemática en el marco legal del sistema de salud con miras a lograr proyectos y políticas que tengan como eje orientador a la vez que previene y concientiza, y sancione este tipo de violencia de género, de manera que se impacten y transformen las prácticas institucionales del contexto sanitario.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L. (2022). Parto y espiritualidad: Significados y experiencias de mujeres de la ciudad de Santa Fe, Argentina. *RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 19, 21-36. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/204135/CONICET_Digital_Nro.7ec8e04c-98f8-4ecd-b0e0-b78cd132e24c_B.pdf?sequence=2&form=MG0AV3
- Acosta-Lozano, C., y Cristancho-Tarache, C. (2022, de mayo). *Ponencia Primer debate TL 454 - 22C 191 -20S. Proyecto de ley*. <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-05/Ponencia%20primer%20debate%20pl.%20454-22%20C-%20191-20%20S.docx>
- AGE. (2024). *Involución uterina, el proceso por el que pasan todas las mujeres en el posparto*. <https://www.agrupacionginecologica.es/ginecologia/involucion-uterina-el-proceso-por-el-que-pasan-todas-las-mujeres-en-el-posparto/>
- Aguilar-Bernal, L. A., y Ospina-González, M. L. (2023). Manifestaciones de violencia obstétrica en un grupo de mujeres colombianas. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 5(2), 21-31. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v5i2.700>
- Almaguer-González, J. A., García-Ramírez, H. J., Vargas-Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2/3), 44-59 <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Aquino, M. P., y Támez, E. (1998). *Teología feminista latinoamericana*. Ediciones Abba - Yala. <http://elsolardelasartes.com.ar/pdf/644.pdf>
- Arnao-Bergero, M., Galván, V. L., y Rosso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología*, 17(2), 3-13. <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/6015>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Asociación de Parteras Unidas del Pacífico. (2013). Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA). Buenaventura, Colombia. <https://www.asoparupa.org/>
- Asociación Parir [APARIR]. (2022, 17 de abril). *Asociación Parir (APARIR)*. A PARIR es una entidad sin ánimo de lucro que nace en Cali en el año 2013. Surge a partir de los movimientos

- sociales, iniciativas y redes en Latinoamérica a favor de la humanización de los partos y nacimientos [Imagen adjunta] [Publicación]. Facebook. <https://www.facebook.com/asociacionparir/posts/a-parir-es-una-entidad-sin-%C3%A1nimo-de-lucro-que-nace-en-cali-en-el-a%C3%B1o-2013-surge-/3074118692852949/>
- Ávila-Vaugier, M. C. (2021). *La violencia obstétrica: una violación grave a los derechos humanos de las mujeres* [Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla]. Archivo digital. <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/4969/%C3%81vila%20Vaugier%2C%20Mar%C3%ADa%20del%20Consuelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad De Vida Y Salud*, 13(Especial), 18-29. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/274>
- Bautista-López, E. (2010). La investigación cualitativa y cuantitativa en trabajo social. Análisis y construcción de modelos teóricos de tres casos prácticos en Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social UNAM*, (20), 53-71. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2009.20.20209>
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Ii, M., & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(25). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-25>
- Bellón-Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93–111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo* (A. Armada, Trad.) Ediciones Periferia SRL. (Trabajo Original publicado en 1972). <https://eduardogalak.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/boltanski-luc-los-usos-sociales-del-cuerpo-pdf.pdf>
- Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J., Poblano-Verástegui, O., Vertiz-Ramírez, J. J., y Saturno-Hernández, P. J. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 798-809. <https://doi.org/10.21149/11974>
- Brigidi, S. (s.f.). *Los orígenes del Observatorio de la Violencia Obstétrica en el Estado Español*. Observatorio de Violencia Obstétrica. Recuperado el 10 de Octubre, 2024, de

- <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/los-origenes-del-observatorio-de-la-violencia-obstetrica-en-el-estado-espanol/>
- Britos-Solian, C., y López-Antón, S. (2016). *El poder del parto: La Violencia Obstétrica desde los aportes del Trabajo Social-Reflexiones sobre la realidad Argentina* [Trabajo de pregrado, Universidad complutense de Madrid]. Archivo digital. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/el_poder_del_parto._tfg_clara_britos_y_sara_lopez.pdf
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Routledge. https://monoskop.org/images/d/df/Butler_Judith_Bodies_That_Matter_On_the_Discursive_Limits_of_Sex_1993.pdf
- Caballero-Álvarez, R. (2019). Apuntes metodológicos para evaluar la efectividad de una ley. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 1(154), 411-423. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2019.154.14148>
- Cáceres-Manrique, F. M. (2012). Significado de Maternidad para Embarazadas y Miembros del Equipo de Salud en Bucaramanga. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(Supl.1), 43-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000400011
- Cáceres-Manrique, F. M., y Nieves-Cuervo, G. M. (2017). Atención humanizada el parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128-134. <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
- Canevari-Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco Edita. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20171101044809/pdf_28.pdf
- Cárdenas-Castro, M., y Salinero-Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panam Salud Publica*. 46(24). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Carreño-Meléndez, J., y Morales-Carmona, F. (2016). La familia política como factor de conflictos en la pareja con esterilidad, Perinatología y Reproducción Humana. *Instituto Nacional de*

- Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes*, 30(2), 82-89.
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.06.002>
- Castañeda-Aponte, W.T., y Vargas-Daza, Y.L. (2018). *La Violencia Obstétrica, una mirada desde la experiencia de parto de mujeres rurales pertenecientes al programa de desarrollo infantil en medio familiar de Una Cundinamarca* [Trabajo de pregrado, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca]. Archivo digital.
<https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/3638/violencia%20obstetrica%20quemar.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Colanzi, I. (2014, del 3 al 5 de diciembre). De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica [Memoria académica]. *VIII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata*, Ensenada, Argentina.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2017). *Informe Integral sobre los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas de las Américas*. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>
- Constitución Política de Colombia [Const]. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Contreras-García, Y., Sobarzo-Rodríguez, P., y Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017, 43(1), 1-13.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006
- Corte Constitucional, Sala plena. Sentencia C-355/2006. (M.P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández; 10 de mayo del 2006).
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>
- Corte Constitucional, Sala plena. Sentencia SU-048/2022. (M.P. Cristina Pardo; 16 de febrero de 2022). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm>
- Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-055 de 2022. (M.S. Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos; 21 de febrero del 2022).
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=124944>
- Corte Constitucional, Sala séptima de revisión. Sentencia T-357/2021 (M.P. Cristina Pardo Schlesinger; 19 de octubre de 2021).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-357-21.htm>

- Davis-Floyd, R. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016). *Nacimientos 2016, cifras del 1 de julio al 7 de diciembre del 2017*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2021). *Nacimientos 2021, Cifras del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2021>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2023). *La partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia. Nota Estadística No.3 de 2023*. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/nota_no.3_parteria_tradicional_010523.pdf
- Departamento de Derecho Internacional [DDI]. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “convención de Belem do Para”*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Downe, S., Lawrie, T., Finlayson, K., & Oladapo, O. (2018). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health*, 15(23), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
- Dubet, F. (2010). *Sociología de la experiencia*. Editorial Complutense.
- Dulzaides-Iglesias, M. E., y Molina-Gómez, A.M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), 1-5. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011
- Echeverry-Sierra, D. (2018). *Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia*. [Trabajo de pregrado, Universidad cooperativa de Colombia]. Archivo digital. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/5be3aaad-a4c9-46f3-bb00-a80efcfb3a15/content>
- El Parto es Nuestro. (2018). 25 años luchando por los derechos en el parto: la red europea ENCA. *El parto es nuestro*. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/11/25-anos-luchando-por-los-derechos-en-el-parto-la-red-europea-enca>
- Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder* (S. Carassale y A. Vitale, Trad.). Escuela de Filosofía de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales. (Trabajo original publicado en 1983). <https://www.philosophia.cl/biblioteca/Foucault/El%20sujeto%20y%20el%20poder.pdf>

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón, Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976). <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (2007a). *El nacimiento de la biopolítica* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1978-1979). https://monoskop.org/images/d/d2/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_biopolitica.pdf
- Foucault, M. (2007b). *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad I* (U. Guiñazo, Trad., 31 Ed.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976). https://www.academia.edu/7497193/Michel_Foucault_Historia_de_la_Sexualidad_Vol_1_La_Voluntad_de_Saber
- Fundo Brasil. (2011). *Grupo de Embarazo y Parto Curumim*. <https://www.fundobrasil.org.br/projeto/grupo-curumim-gestacao-e-parto/>
- Gaffney-Gleason, E., Molina-Berrío, D. P., López-Ríos, J. M., y Mejía-Merino, C. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud colectiva*, 17, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- García, Z. (2017). Socialización y discursos sobre la maternidad. *Veredas* (34), 269-281. <https://veredasojs.xoc.uam.mx/index.php/veredas/article/view/443>
- García-Chacón, B. E., Gonzáles-Zabala, S., Quiroz-Trujillo, A., y Velázquez-Velázquez, A.M. (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa* [Trabajo de pregrado, Fundación Universitaria Luis Amigo-FUNLAM]. Archivo digital. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2021/11/33.-Tecnicas-interactivas-investigacion-social-cualitativa-1.pdf>
- Goberna-Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y Debate en relación a la terminología empleada. *Revista de investigación mujer, salud y sociedad*, 4(2), 26-36. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.2>
- Gómez, D. F. (1999). Medicalización del parto humano. Una lectura desde los textos de Michel Foucault. *Acta académica*. <https://www.aacademica.org/lic.daniel.gomez/15>
- Gómez-Esteban, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y salud: investigación empírica en psicología*, 2(3), 257-269. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9f61408e3afb633e50cdf1b20de6f466>

- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE]. (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*.
https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/omision_indiferencia.pdf
- Hidalgo, M. V., y Menéndez, S. (2001). La familia ante la llegada de los hijos. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 13(24), 23–42. <https://core.ac.uk/reader/74506260>
- Hundek-Pichón, L. E. (2010). Violencia doméstica: hombres versus mujeres maltratantes en la ciudad de Barranquilla. *Revista Pensamiento Americano*, (4), 69-79.
https://www.academia.edu/27115271/Violencia_dom%C3%A9stica_hombres_versus_mujeres_maltratantes_en_la_ciudad_de_Barranquilla
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. *INEGI*.
<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/#documentacion>
- Iparraguirre, M., Mendoza, J., Condor-Privat, M., y Muñoz de la Torre, R. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros, Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico* 17, 411-423.
<http://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja-Campo, A. M., y Suarez-Bravo J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 135-146.
<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://desarmandolacultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/lagarde-marcela-los-cautiverios-de-las-mujeres-scan.pdf>
- Lampert-Grassi, M. P. (2023). *Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud Legislación de Argentina, Colombia y Uruguay*. Asesoría Técnica Parlamentaria de Chile.
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34479/2/BCN_parto_humanizado_y_violencia__obstetrica_Argentina_Colombia_Uruguay_FINAL.pdf
- Larrosa-Bondía, J. (2006). Sobre la experiencia. *Aloma Revista de Psicología i Ciències de l'Educació*, 19, 87-112. <http://hdl.handle.net/2445/96984>

- Ley 38668 de 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela. Abril 23 de 2007. GO: 38.668. <https://www.refworld.org/es/leg/legis/acnur/2007/es/130600>
- Ley 156 de 2006. Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto de Puerto Rico. Agosto 10 de 2006. <https://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006156.htm>
- Ley 17 de 2020. Ley de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. 22 de diciembre de 2020. BOE: 11. <https://www.boe.es/eli/es-ct/1/2020/12/22/17>
- Ley 17386 de 2001. Ley de Acompañamiento a la Mujer en el Preparto, Parto y Nacimiento de Uruguay. 30 de agosto de 2001. DO: 25836. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2001_ley17386_ury.pdf
- Ley 175 de 2018. Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Ecuador. RO: 175. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolencia_genero.pdf
- Ley 18426 de 2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Uruguay. Diciembre 10 de 2008. DO: 27630. https://oig.cepal.org/sites/default/files/uru_ley_no18-426_dssrr_2008.pdf
- Ley 2244 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”. Julio 11 del 2022. DO: 52092. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,derechos%20de%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos>
- Ley 25929 del 2004. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida en Argentina. Agosto 25 de 2004. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

- Ley 26485 del 2009. Ley de Protección Integral de las Mujeres de Argentina. Marzo 11 de 2009.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- Ley 5777 del 2016. Ley de protección integral a las mujeres, contra toda forma de violencia de Paraguay. 29 de diciembre.
<https://www.bacn.gov.py/archivos/8356/Ley+5777+%281%29.pdf>
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015. DO: 49427.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Li, Y. P., Yeh, C. H., Lin, S. Y., Chen, T. C., Yang, Y. L., Lee, C. N., & Kuo, S. C. (2015). A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 54(6), 731-736.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.10.009>
- Lobo-Orsorio, D., Oviedo-Córdoba, H., y Cortina-Navarro, C. (2023). La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. *Duazary*, 20(2), 17-27.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.5354>
- Lucchini-Raies, C., Márquez-Doren, F., y Uribe-Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enfermería*, 21(4), 209-213.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>
- Lugones-Botell, M., y Ramírez-Bermúdez, M. (2015). Curioso origen y significado de la palabra embarazada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 90-98.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin11115.pdf>
- Magnone-Alemán, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización* [Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo]. Archivo digital.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNat alia.pdf
- Maldonado-Manzano, R. E., Vinuesa-Ochoa, N. V., Del Pozo-Franco, P. E., y Luna-Romero, S. M. (2021). Análisis del feminismo radical en la sociedad según el Método General de Solución de Problemas y Diagrama de Ishikawa. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, (6), 1-18.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe3/2007-7890-dilemas-8-spe3-00006.pdf>

- Marin, A. H., Schneider-Donelli, T. M., Sobreira-Lopes, R. C., y Piccinini, C. A. (2009). Expectativas e Sentimentos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. *Aletheia*, 29, 57-72. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a06.pdf>
- Marques-Pulhez, M. (2013). “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 12(35), 544-564. <https://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>
- Marroquín-De Cruz, B.G. (2024). *Atención humanizada del parto vaginal y puerperio inmediato y el rol del/la profesional en salud materno infantil, El Salvador 2023* [Trabajo de especialización, Universidad de El Salvador]. Archivo digital. <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/c62ddd30-9ffe-4a33-943f-5d64a5e713b3/content>
- Matria Guardianas del parto [@matria.lunario]. (s.f). *Post* [Perfil de instagram]. Instagram. <https://instagram.com/matria.lunario?igshid=MzRlODBiNWFlZA==>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Revista Salud colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Micolta-León, A., Escobar-Serrano, M. C., y Betancourt-Maldonado, L. J. (2013). La investigación y la intervención con familias. *Prospectiva Revista de Trabajo Social e intervención social*, (18), 349-381 <https://www.redalyc.org/pdf/5742/574261386014.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*. <https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>
- Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva [MNSSR]. (2024). *Informe de resultados de la encuesta nacional de parto y nacimiento en Colombia*. https://drive.google.com/file/d/18HhUyCn6m9pimezs2grZsncCOP-I0f_/view
- Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva [MNSSR]. (s.f.a). *Directorio de organizaciones*. <https://drive.google.com/file/d/1hSMAny2wisKyqP86MRmHFdnB0vwPTm-K/view>

- Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva [MNSSR]. (s.f.b). *Parto Respetado*.
<https://www.movimientossr.com/parto-respetado>
- Mujer y Salud Uruguay [MYSU]. (s.f.). *Leyes promulgadas*.
<https://www.mysu.org.uy/promoviendo-derechos/el-estado-debe/leyes-promulgadas/#>
- Munarriz, B. (1992). *Técnica y métodos en investigación cualitativa*.
<http://hdl.handle.net/2183/8533>
- Oliveira-Brandão, T., y Martínez-Pérez, A. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psico antropológica. *Revista Religación*, 7(34), 1-13.
<http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>
- ONU Mujeres. (s.f.). *Breve historia sobre la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*. <https://www.unwomen.org/es/csw/brief-history>
- Organización de bienestar social Saiseikai Imperial Gift Foundation [OBSSIGF]. (s.f.). *Historia y misión continua de Saiseikai*. <https://www.saiseikai.or.jp/about/en/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf;jsessionid=E614221C6C35ED23938047DA931F430A?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Violencia contra la mujer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Ospina-Vanegas, D., Cristancho-Gómez, S. M., Lafaurie-Villamil, M. M., y Rubio-León, D. C. (2020). Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. *Revista Cuidarte*, 11(2), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1005>
- Pachón, X. (2007). La familia en Colombia a lo largo del siglo XX. En Y. Puyana-Villamizar y M. H. Ramírez (Eds.), *Familias, cambios y estrategias* (pp. 145-160). Universidad Nacional de Colombia

- <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2966/12CAPI11.pdf?sequence=10&form=MG0AV3>
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales* (E. Laso, Trad.) Paidós. (Trabajo original publicado en 2000). <https://es.scribd.com/document/214007923/Payne-Terapia-Narrativa-Una-introduccion-para-profesionales-pdf>
- Peña-Vera, T. (2022). Etapas del análisis de la información documental. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 45(3), 1-7. e340545. <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v45n3e340545>
- Perazzo, G., Aza-Archetti, C., Mendoza, G., Bravo, G., Ramírez, S.M., Mollar, E., y Vázquez, A. (2015). La deshumanización en la atención profesional: ¿vulnera el derecho a la intimidad? *Vida y Ética*, 16(1), 6-24. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/1407>
- Perdomo-Rubio, A., Martínez-Silva, P. A., Lafaurie-Villamil, M. M., Cañón-Crespo, A. F., y Rubio-León, D. C. (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*, 37(2), 125-135. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a14>
- Prieto, B. M., y Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13(1), 7-16. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100002
DOI: 10.5294/aqui.2013.13.1.1
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2012). *Sudáfrica presenta una campaña para reducir la mortalidad materna*. <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2012/may/20120508carmma>
- ProPacífico. (2022). *Hospital Padrino* [Infografía]. Fundación Valle del Lili. <https://propacifico.org/wp-content/uploads/2022/08/infografia-hospital-padrino-agosto-de-2022-final.pdf>
- Proyecto de Ley 029 de 2020. Por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno. Julio 31 de 2020. <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2018-2022/2020-2021/article/29-por-medio-de-la-cual-se-protege-la-maternidad-y-se-dictan-medidas-para-garantizar-un-parto-digno>
- Proyecto de Ley 063 de 2017. Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”. Abril

22 de 2017. <https://www.camara.gov.co/ley-de-parto-humanizado#:~:text=Objeto%20de%20proyecto%3A%20La%20presente,derechos%20de%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos>

Proyecto de Ley 147 del 2017. Por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Abril 22 de 2017. <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>

Proyecto de Ley 454 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”. Junio 1 de 2022. <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-06/aprobado%20proy%20ley%20454-2022.pdf>

Puyana-Villamizar, Y. (2004) La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas. *Economía, Globalización y Cuidado*, 6, 77-86. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21696?locale-attribute=en>

Ramírez-Saucedo, S., Hernández-Mier, C., y Ceballos-García, G.Y. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *CONAMED*, 26(3), 149-155. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con213g.pdf>

Reina-Valera 1960 [RVR1960]. (s.f.a). 1 *Corintios* 6:19-20. <https://www.biblegateway.com/passage/?search=1%20Corintios%206%3A19-20&version=RVR1960>

Reina-Valera 1960 [RVR1960]. (s.f.b). *Éxodo* 20:12. <https://www.bible.com/es/bible/149/EXO.20.rvr1960>

Reina-Valera 1960 [RVR1960]. (s.f.c). *Génesis* 3:16. <https://www.bible.com/es/bible/149/GEN.3.16.RVR1960>

Resolución 2306 de 2019 [Asamblea Parlamentaria]. Violencia obstétrica y ginecológica. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>

Resolución 3280 de 2018. [Ministerio de salud y protección social]. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Agosto 2 de 2018.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
- Rodrigo, A., Paraíso, B., Barranquero-Gómez, M., y Oviedo-Moreno, O. (2023). El parto: preparación, tipos y posibles complicaciones. *Reproducción asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/parto/>
- Rodríguez-Czaplicki, J. (2017, 24 de octubre). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio [conferencia]. *XI Jornadas de Salud perinatal y Reproductiva*, Santiago de Compostela, España. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/7_1_Mesa_SMental_1_aspectos%20psicologicos_emocionalis.pdf
- Rodríguez-Madera, S. (2009). En el nombre de un Dios: La influencia religiosa en las vivencias de los géneros y la regulación de la lujuria. *Ciencias de la conducta*, 24(1), 33-76. https://www.researchgate.net/publication/280054556_En_el_Nombre_de_un_Dios_La_Influencia_Religiosa_en_las_Vivencias_de_los_Generos_y_la_Regulacion_de_la_Lujuria
- Sadler-Spencer, M. M. (2003). *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* [Tesis doctoral, Universidad de Chile]. Archivo digital. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
- Sánchez-Luna, M., Pallas-Alonso, C. R., Botet-Mussons, F., Echaniz-Urcelay, I., Castro-Conde, J. R., Narbona, E., y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71(4), 349-361. https://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf
- Sardiñas-Iglesias, S (2016). Iglesias, identidad y plurirreligiosidad: una mirada al protestantismo histórico. *Albertus Magnus* 7(2), 259-292. <https://doi.org/10.15332/s2011-9771.2016.0002.04>
- Secretaría de Planeación de Palmira, Subsecretaría de Planeación Económica y Estratégica. (2020). *Marco territorial de lucha contra la pobreza extrema*. https://palmira.gov.co/planeacion/wp-content/uploads/estudios_socieconomicos/Marco_de_lucha_contra_la_Pobreza_extrema_2021.pdf

- Secretaría de Salud de Palmira. (2023). *Informe de gestión y balance de resultados Palmira Pa'lante 2020-2023*. <https://palmira.gov.co/planeacion/wp-content/uploads/Empalme2023/20231130InformeGestion/Informe%20de%20Gestion%20y%20Balance%20de%20Resultados%20Secretaria%20de%20Salud.pdf>
- Sedano, M., Sedano, C., y Sedano, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-873. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>
- Silvestre, M., Royo, R., y Escudero, E. (Eds.). (2014). *El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social*. Universidad de Deusto.
- Tahara-Sasagawa, E., Mochida, K., Sadamori, T., Suzuki, M., Guerrero, C., Haruna, M., & Misago, C. (2023). Lessons from the "Humanization of Childbirth" Projects: Qualitative analysis of seven projects funded by the Japan International Cooperation Agency. *Global health & medicine*, 5(5), 301-305. <https://doi.org/10.35772/ghm.2023.01054>
- Terán, P., Castellanos, C., González-Blanco, M., y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- The American Presidency Project. (2024, 10 de julio). Press Release - The White House Blueprint for Addressing the Maternal Health Crisis: Two Years of Progress. *The American Presidency Project*. <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/press-release-the-white-house-blueprint-for-addressing-the-maternal-health-crisis-two>
- Torres-Velázquez, L. E., Garrido-Garduño, A., Reyes-Luna, A. G., y Ortega-Silva, P. (2008). Responsabilidades en la crianza de los hijos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 13(1). 77-89. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213107.pdf>
- Unión Interparlamentaria y Organización de Naciones Unidas (2016). *Derechos Humanos: Manual para Parlamentarios 2016*. <https://www.hchr.org.co/publicaciones/derechos-humanos-manual-para-parlamentarios-2016/>
- Vallana-Sala, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(especial), 128-144. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

- Vargas-Beal, X (2011). *¿Cómo hacer investigación cualitativa?* Editorial Etxeta.
<https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>
- Varguillas-Carmona, C. S., y Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13(23), 249-262.
<https://www.redalyc.org/pdf/761/76102313.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de análisis de la ley

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2012) propone algunos criterios para el análisis de una legislación; de acuerdo con la naturaleza y objetivos de la investigación, y la pertinencia de los mismos, seleccionamos cinco de ellos para realizar el análisis de la Ley 2244 de 2024:

- **Definición correcta del problema:** El problema debe presentarse en términos precisos, con evidencia adecuada sobre su naturaleza y magnitud.
- **Justificación de la acción estatal:** Debe existir evidencia suficiente que sustente la regulación.
- **Sustento legal de la regulación:** Toda regulación debe respetar el Estado de derecho. Debe enmarcarse apropiadamente en la legislación vigente y los principios generales de certeza, proporcionalidad y equidad.
- **Determinación del ámbito estatal apropiado:** Debe justificarse qué nivel de gobierno es responsable de qué tarea en la instrumentación y el monitoreo de la norma.
- **Claridad, accesibilidad y consultas:** El público interesado debe tener fácil acceso a la norma y esta debe ser presentada en un lenguaje fácil para este, los actores relevantes (privados, públicos, de la sociedad civil organizada) deben tener la oportunidad de opinar sobre la nueva regulación.

Anexo 2. Instrumento viaje en el tiempo

Objetivo: Recapitular hitos significativos de dos mujeres residentes de Palmira en relación con su concepción de maternidad desde su infancia hasta la actualidad, resaltando aspectos como sus creencias, cultura, sistema familiar y educación.

Desarrollo de la técnica: En un primer momento se orientará el diálogo sobre la vida actual de la mujer por medio de algunas preguntas que nos permitan conocerla.

¿Qué edad tienes?

¿A qué te dedicas?

¿Con quién vives?

La idea es invitarla a traer al recuerdo los acontecimientos vividos desde los que empezó a conocer y construir una idea de lo que es ser madre, por lo que haremos una simulación de viaje en el tiempo mediante un ejercicio de respiración guiada. Se ambientará el espacio con música relajante y un difusor. Durante la respiración se cerrarán los ojos y se le indicará a la mujer que inicie a recordar los momentos que considere valiosos en forma regresiva hasta llegar al primer momento en que reconoció a alguien como madre. En este punto se abrirán los ojos y se continuará indagando en esos acontecimientos como si avanzáramos en el tiempo hasta llegar de nuevo a la actualidad.

Los aspectos que la mujer señale como los más importantes se plasmarán en un pliego de papel bond, ella tendrá libertad de darle la forma que desee teniendo en cuenta que cada aspecto simboliza su relato y experiencia desde su subjetividad y apreciación personal de lo vivido. Así pues, este viaje en el tiempo es una representación de aquellos eventos que han marcado o tenido una influencia importante en la historia de vida, partiendo de reconocer la maternidad en otra persona, hasta llegar al momento actual.

Nuestro interés es identificar principalmente:

Categorías	Ejes temáticos
Hitos significativos sobre su concepción de la maternidad.	Familia (Relación con su madre) Creencias. Sexualidad. Educación. Proyecto de vida. Grupos de pares.

Anexo 3. Instrumento mural de situaciones

Objetivo: Identificar situaciones, espacios, actores, tiempos, objetos, palabras y símbolos que representen lo sucedido en la atención durante las diferentes etapas de embarazo de dos mujeres residentes de Palmira (Valle) durante 2022 a 2023.

Características

La presente actividad es una técnica en la cual se posibilita describir situaciones, además develar sus causas y poner en evidencia procesos en los que los sujetos y los grupos han estado o están involucrados, permitiendo la expresión de ritmos de vida y temporalidades.

Inicialmente, esta técnica está pensada para realizarse de carácter grupal, pero en base a nuestra metodología y objetivos de trabajo, ajustaremos su desarrollo para ser realizado de manera individual.

Desarrollo: Para la realización de esta técnica, se tiene planteado dividir la actividad en cuatro momentos complementarios:

- **Construcción**

Previo al comienzo de la sesión se establecerá un lugar fijo y visible en el espacio a trabajar y de esta forma poder ubicar un tablero en blanco, en el cual será plasmado el mural de situaciones.

Inicialmente, la participante plasmará en papel su experiencia del embarazo, parto y posparto valiéndose de distintos medios, como dibujos, gráficos, trozos de revista y palabras en base a los siguientes ítems:

- Planeación de la concepción.
- Cuidados institucionales a la madre.
- Cuidados institucionales al bebé.
- Relación personal de salud-paciente.
- Información brindada por la institución acerca del estado de salud del neonato, así como los cuidados durante el embarazo y el posparto.
- Cuidados en el hogar.
- Prevención de riesgos.
- Controles.
- Acompañamiento psicosocial.
- Situaciones experimentadas.
- Instalaciones sanitarias.
- Actores involucrados.

- Tiempos de atención.
- Objetos y símbolos destacables.

- **Expresión**

Se realiza una socialización, donde la madre participante comparte y expresa lo que ilustra durante la actividad.

- **Interpretación**

Posteriormente, la participante se asume como intérprete de los imaginarios y sentimientos que han sido expresados, contemplando situaciones y manifestaciones por medio de las cuales se expresan socialmente sus vivencias, comprendiendo y haciéndose consciente sus experiencias.

Para activar la reflexión las investigadoras realizarán las siguientes preguntas a fin de orientar la sesión:

¿Qué se ve?

¿Cómo se distribuyen los elementos en el espacio?: adentro–afuera; grande–pequeño; personas–objetos–animales; relaciones–tensiones; vínculos–conflictos.

- ¿Qué percepciones genera lo que se observa?
- ¿Qué le falta al Mural, ¿qué les gustaría agregar?
- ¿Qué está expresando el Mural? ¿Por qué?

Concepción
1. ¿Cómo fue el proceso de concepción del bebé? 2. ¿Cuál fue el papel del sistema de salud y de los profesionales de la salud en la concepción del bebé? 3. ¿Cuáles fueron las instituciones donde fue atendida? 4. ¿Qué piensas de la atención recibida?
Embarazo
5. ¿Cuántos fueron tus controles prenatales y en qué mes de embarazo? 6. ¿Qué tipo de acciones se realizaron durante tus controles? 7. ¿Cómo te sentiste durante los mismos? 8. ¿Qué tipo de exámenes se realizaron para conocer su condición de salud? 9. ¿Qué tipo de exámenes se realizaron para conocer la condición de salud de su bebé? 10. ¿Qué antecedentes de salud importantes tenías durante este tiempo? ¿Cuáles fueron los seguimientos médicos? 11. ¿Qué tipo de información recibiste para el cuidado durante el embarazo? 12. ¿Qué asistencia psicosocial recibió durante su embarazo? 13. ¿Cuál fue el trato que recibió durante los diferentes seguimientos médicos y controles prenatales por parte de los diferentes profesionales de la salud? 14. ¿En qué momentos se sintió incómoda o molesta con los tratos y procedimientos recibidos en su proceso de gestación? 15. ¿Cuál fue su participación durante esta etapa de su embarazo? 16. ¿Considera que hubo una comunicación asertiva e información clara entre usted y los prestadores de salud acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional? 17. ¿Cuál fue la información que recibió sobre sus derechos, los procedimientos de preparación corporales y psicológicos, los beneficios, riesgos y efectos de las diferentes intervenciones? 18. ¿Qué información recibió por parte del personal de salud sobre las diferentes alternativas de atención al parto? 19. ¿Considera que durante su embarazo recibió una atención integral adecuada, veraz, oportuna y de conformidad a sus costumbres, valores y creencias?

● Conclusión

Luego, llega el momento de síntesis en el cual se busca que la participante concluya con una reflexión sobre el tema trabajado expresando lo experimentado, los sujetos que se relacionaron y las percepciones propias de lo ocurrido. En este momento de la técnica se pretende develar los significados y sentidos que los sujetos otorgan a su realidad social.

Anexo 4. Instrumento entrevista semiestructurada

- **Entrevista sobre la atención durante el embarazo**

Caracterización
1. Conocer más de la profesional a entrevistar: ¿Qué formación tiene? ¿Cuánto tiempo lleva en el puesto? ¿Cómo es el proceso de contratación en la institución? ¿Qué requisitos se debe cumplir? ¿Cómo aportas desde tu cargo y el ejercicio de tus funciones a la atención humanizada de las mujeres atendidas en el hospital? 2. ¿Qué tipo de atención se brinda en esta área de la institución? 3. ¿Cuáles son las características de la población que atienden? 4. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el área?
Atención Institucional
5. ¿Cómo es manejado el proceso de atención a mujeres embarazadas durante la etapa de gestación, parto y pos parto? 6. ¿Cómo garantiza el hospital una atención humanizada a las madres y sus hijos? 7. ¿Cómo es la comunicación entre el personal de salud que participa en los procesos de atención? 8. ¿De qué manera vinculan a las mujeres en su proceso de atención durante el embarazo? Karen 9. ¿Cómo se vincula a las familias de las mujeres durante la atención al proceso de embarazo? 10. Si bien las normativas hacen hincapié en el enfoque diferencial, ¿de qué forma garantizan la atención a las mujeres que forman parte de comunidades indígenas y que no dominan el idioma español? 11. ¿De qué forma atienden a las madres que tienen una creencia cultural o religiosa que interfiere en el proceso de atención? 12. ¿Con qué espacios cuentan para promover la educación en salud a las mujeres, familia y cuidadores? ¿Qué actividades realizan para dar a conocer a las madres y a sus familias, la existencia y disponibilidad de rutas dirigidas a una atención de su proceso de embarazo? ¿Cómo es el funcionamiento del curso de maternidad y paternidad? ¿Qué estrategias tienen establecidas para promover la participación en estos espacios? 13. ¿Cómo garantizan la adherencia por parte de las pacientes a la información y educación brindada? 14. ¿Qué barreras ha identificado que impiden garantizar una atención humanizada?

Educación a profesionales
15. ¿Cuáles son los medios que tiene la institución para dar a conocer a sus trabajadores los nuevos avances en las políticas vinculadas con la atención a la maternidad? 16. ¿Qué recomendaciones darías para mejorar la capacitación del personal de salud involucrado en el área de gineco-obstetricia? 17. ¿Qué acciones adelantan para educar tanto al personal de la salud como a las madres y sus familias sobre la prevención y atención a los tipos de violencias que se puedan presentar en el servicio? ¿Cuentan con rutas de prevención de violencias dentro del área?
Atención a casos graves
18. ¿Cuál es el concepto de VO que se maneja en la Institución de manera oficial? 19. ¿Cuáles son los medios de atención establecidos para quejas y reclamos? 20. ¿Qué herramientas implementan para acompañar las crisis psicoemocionales de las madres durante los momentos previos al parto o un duelo perinatal? 21. TS-PSICO: Durante las consultas por Trabajo social o psicología, ¿cuál es la intervención que realizan en los casos donde se identifican factores de riesgo?
Conocimientos sobre la ley
22. ¿Qué conoce sobre la Ley 2244 de 2022 sobre el parto humanizado? 23. ¿De qué manera la Ley 2244 de 2022 permitió la creación de nuevas estrategias de atención dentro de la institución?