



**Experiencias en la atención biomédica en la gestación y en el parto de mujeres vinculadas
a los hogares comunitarios de bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-Córdoba**

Juneyme Galván Higueta

Trabajo de grado presentado para optar al título de Antropólogo

Asesora:

Erika Valencia Cortes

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Antropología
Caucasia, Antioquia, Colombia
2022

Cita	(Juneyme Galván, 2018)
Referencia	Galván Higueta, J. (2022). <i>Experiencias en la atención hospitalaria en la gestación y en el parto de mujeres vinculadas a los hogares comunitarios de bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-córdoba</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Cauca, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/director: Alba Nelly Gómez García

Jefe departamento: Javier Rosique Gracia

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las mujeres valientes que me permitieron conocer y exponer sus historias y experiencias, sin su cooperación esta tesis no existiría. A los centros FAMI Tren de la alegría y familias con Amor por abrirme las puertas, prestarme el espacio para los encuentros y disponer de su tiempo en ayudarme.

Quiero extender mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron para la finalización de este trabajo investigativo. En especial a mi familia, mamá y hermanas, sin cuyo apoyo no hubiese tenido la oportunidad de emprender y terminar este camino. A mis compañeros quienes me motivaron y alentaron a seguir.

Agradecer a mi asesor....

Tabla de contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
1. Planteamiento del problema.....	11
2. Justificación.....	17
3. Objetivos	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. Marco conceptual	20
4.1. Vivencia y experiencia	20
4.2. Cuerpo embarazado.....	21
4.3. Gestación y parto	22
4.4. Sistema biomédico	23
4.5 parto institucionalizado y parto tradicional.....	23
4.6. Violencia obstétrica.....	24
4.7. <i>Habitus</i> médico	24
5. Metodología	26
5.1 Tipo de estudio	26
5.2 Muestra.....	26
5.3. Recolección de información primaria.	27
5.4. Recolección de información secundaria.....	29
5.5 Transcripción y análisis de la información.	30
5.6. Consideraciones éticas	30
5.7 Trabajo de campo	31

6. Contexto sociodemográfico	34
7. Resultados	36
7.1 Vivencias de las mujeres en la interacción con los profesionales de la salud durante la gestación y el parto.	36
7.1.1 Embarazo.....	36
7.1.1.1 Vivencias durante la atención prenatal.....	36
7.1.1.2 Relación asimétrica	40
7.1.2 Parto	42
7.1.2.1 Me atendieron bien, normal.	42
7.1.2.2 Diferencia en la atención dependiendo el cargo	45
7.1.2.3 Saber/deber de los profesionales en la práctica médica	47
7.2 Prácticas y conductas por parte de los profesionales en salud en los procedimientos rutinario y de emergencia en la gestación y en el parto.....	50
7.2.1 Embarazo.....	50
7.2.1.1 Asistencia durante el embarazo.....	50
7.2.1.2 Atención prenatal presencial y virtual	52
7.2.2 Parto	55
7.2.2.1 Violencia simbólica.....	57
7.2.2.2 Violencia institucional.....	61
7.3 Experiencias en la atención biomédica durante la gestación y el parto.....	63
7.3.1 Embarazo.....	63
7.3.1.1 Sentimientos y emociones durante la atención prenatal.....	63
7.3.2.2 Mujeres protagonistas de sus experiencias	69
8. Discusión.....	75
8.1 ¿A qué responde la violencia obstétrica?	80
8.1.1 Violencia simbólica	83

8.1.2 Violencia institucional	87
8.1.3 Violencia física y psicológica.....	91
9. Conclusión	95
10. Recomendaciones	98
Referencias.....	99
Anexos	104
Anexo # 1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.....	104
Anexo #2 de Guía de preguntas para entrevista.....	105
Anexo #3 guía de preguntas para grupo focal.....	106

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar las experiencias de 13 mujeres que participan en el programa Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI (Familia, Mujer e Infancia) perteneciente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en Montelíbano-Córdoba, en torno a la atención brindada por profesionales de la salud durante la gestación y el parto biomédico. Para ello, se utilizó una metodología cualitativa, desarrollando once (11) entrevistas semiestructuradas y un (1) grupo focal dividido por dos temáticas, embarazo y parto con un total de 9 mujeres. Entre los hallazgos, se evidenció que gracias a la violencia simbólica e institucional que condicionan la relación médico-usuarias durante la atención las actitudes despersonalizadas, las prácticas médicas autoritarias y violentas durante la gestación y el parto han generado escenarios de violencia obstétrica que sufren las mujeres por parte de los profesionales sanitarios en los centros de salud.

Palabras clave: Violencia obstétrica, HCB FAMI, embarazo, parto, profesionales de la salud, atención biomédica.

Abstract

The main aim of this research is to analyze the experiences of 13 women who make part of the Family, woman and children program (FAMI) of the Colombian Family welfare institute (ICBF) in Montelíbano-Córdoba, regarding the health services provided by the health professionals during pregnancy and biomedical childbirth.

A qualitative methodology was used developing 11 semi-structured interviews and 1 focus group based on two topics, pregnancy and childbirth, with a total of 9 women. The findings indicate that due to the symbolic and institutional violence that determine the doctor-user relationship during care, depersonalized attitudes, authoritarian and violent medical practices during pregnancy and childbirth, generate scenarios of obstetric violence suffered by women by health professionals in health centers.

Key words: obstetric violence, HCB FAMI, pregnancy, childbirth, health professionals, biomedical care.

Introducción

El presente estudio se centra en las experiencias durante la atención biomédica en la gestación y en el parto en mujeres vinculadas a los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-Córdoba y tiene como finalidad analizar la relación entre las mujeres usuarias de los centros de salud con los profesionales sanitarios durante los primeros procesos de la maternidad en el contexto biomédico.

El interés investigativo recae sobre una problemática que solo atañe a las mujeres embarazadas, y es la violencia obstétrica. En Colombia no hay una ley que cuide y vigile a las mujeres de este tipo de violencia y sancione a los victimarios, por lo que es una problemática que aún persiste y condiciona las experiencias de las mujeres madres que viven su parto y controles médicos en los centros de salud.

En otros países como Venezuela, Argentina, México y Chile hay mayor visibilización de la violencia obstétrica, en la que por medio de redes de apoyos, leyes y movimiento se busca eliminar cualquier acto que atente contra la integridad de la mujer en cualquier etapa de su maternidad.

Venezuela promulgó la “Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (19 de marzo de 2007). Argentina tiene la Ley de Protección Integral de las Mujeres - Ley 26485 (11 de marzo de 2009) y diseñó el “Test de Violencia Obstétrica” que identifica estas prácticas rutinarias sobre las mujeres en este país. México a través del liderazgo de la organización El Parto es Nuestro, se involucra al tema desde el 30 de abril del 2014. Chile elaboró un proyecto de Ley que penaliza la violencia obstétrica a partir de las investigaciones realizadas por el Observatorio de Violencia Obstétrica. (Rodríguez et al., 2016, p.20)

Previendo una invisibilización de las acciones violentas que sufren las mujeres en el sistema médico en el contexto colombiano se eligió trabajar con mujeres de estrato 1, en situación de

vulnerabilidad para dar cuenta de cómo son las experiencias relacionadas a la gestación y parto en el sur de Córdoba desde el sistema biomédico.

Los resultados de esta investigación se seccionaron en tres capítulos, cada uno dividido en dos etapas, el embarazo y el parto. En el primer capítulo se buscó describir desde las voces de las mujeres sus vivencias en la interacción con los profesionales de la salud durante la gestación y el parto. En el segundo, se analizaron las prácticas y conductas por parte de los médicos y enfermeros en los procedimientos rutinarios y de emergencia en la gestación y en el parto desde las voces de las mujeres. El último capítulo se presentó como un espacio para conocer la maternidad desde las emociones y percepciones de las mujeres sobre sus embarazos y partos, alejados de la mediatización del sistema médico, sin olvidar que es el espacio en el que se sitúa.

En los resultados se encontró que durante el embarazo las experiencias de las mujeres son positivas, en cuanto se sienten escuchadas y protagonista en su maternidad, aun cuando se dirige todo el proceso de la gestación desde el protocolo biomédico. Pero, al momento del parto los centros de salud se convierten en un escenario de coacción que elimina la autonomía e independencia de las mujeres por medio de distintas modalidades, como lo son: el rol definido e impuesto por los actores involucrados, el parto guiado desde el protocolo, episodios de violencia física, psicológica institucional y simbólica que entran en el marco de la violencia obstétrica.

Por último, en la discusión se presenta una triangulación de la información que se compone de los conceptos de maternidad, violencia de género y violencia obstétrica basándose en estudios o investigaciones previas, las experiencias e historias de las interlocutoras y la opinión de la investigadora.

1. Planteamiento del problema

A finales del siglo XVII y a comienzos del siglo XVIII empieza el desarrollo de las políticas de salud en Europa. El objetivo era velar por el “bien público” entendido como el cuidado y vigilancia de la población, de las necesidades elementales de la vida y su preservación, de las actividades de los individuos y de la circulación de bienes por medio de la conjugación de lo político y lo médico guiado por la higiene. Para lograr dicho objetivo era necesario la formación de dos ejes centrales: el primero, tiene que ver con la “constitución de un aparato que pueda tomar a su cargo a los enfermos y el segundo, buscaba el acondicionamiento de un dispositivo que permita observar, medir y mejorar permanentemente un “estado de salud” de la población” (Foucault, 2012, p.218). Lo anterior, con el interés de asegurar por medio de la intervención del Estado aspectos como: (A) la eliminación y prevención de la enfermedad, (B) la formación de la noción de la salud en su sentido normativo tradicional y la salud comprendida desde el resultado observable de un conjunto de datos, (C) la creación de variables características de un grupo o colectividad que caractericen la salud de una población, (D) el desarrollo de tipos de intervención que busquen la mejora de las condiciones y modos de vida de la población, y (E) la integración de la práctica médica con la economía y la política como elementos importantes en la toma de decisiones para el mantenimiento y desarrollo de la sociedad (Foucault, 2012).

Por consiguiente, el fenómeno salud-enfermedad deja de ser entendido como algo que le incumbe solo al individuo, para empezar a tener importancia y pertinencia dentro de las políticas públicas y el colectivo social. Una de las consecuencias de este proceso transformador, está relacionado con lo que Foucault (2012) llamó “medicalización de la familia” que empezó a gestarse a partir del siglo XVIII, donde la construcción de la familia se vio atravesada por un proceso de medicalización e intervencionismo biomédico debido a que la medicina científica se fue

profesionalizando e interesando por la salud y vida, disponiendo de la medicina como instancia de control social.

Acorde con lo expuesto hasta ahora, en Colombia la salud empieza a ser guiada y medida por el Estado, producto de la herencia colonial que instauró el modelo biomédico occidental en el que el aprendizaje y la práctica de la medicina se posicionó desde la hegemonía occidental sobre las demás prácticas tradicionales existentes en torno a la salud que confluían en el Nuevo Reino alrededor de los años 1802-1822. En los años posteriores, correspondientes a 1822-1847, la medicina colombiana se vinculó con las universidades, permitiendo su constitución como una profesión liberal. Finalmente, para que la legitimación de la medicina y de la práctica médica se introdujera en la comprensión de la historia nacional, centraron su acción en construir un cuerpo teórico de saberes, materializado a su vez en prácticas de salud que respondieran a las necesidades y particularidades locales y regionales (Cortés, 2010). Por lo que, la salud está condicionada por las instituciones gubernamentales y hospitalarias que intervienen en la vida reproductiva de las mujeres, crianza y desarrollo de los niños y mantenimiento de la vida adulta por medio de las políticas públicas, que tienen como finalidad orientar el proceso de formación de los individuos y garantizar su bienestar, integrando estrategias políticas, económicas, sociales y culturales en materia de salud pública, a través de entidades o instituciones. Es así como, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollaron el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, que tuvo como finalidad reducir la inequidad existente en la salud dentro del territorio nacional. Para alcanzar los propósitos del PDSP es necesario la articulación entre “actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (PDSP, 2013, p.12).

habiendo hecho un recorrido sobre el surgimiento de la medicina, los intereses que la motivan y la mantienen vigente como un saber legitimado y homogéneo en materia de salud dentro

de la sociedad, permite contemplar desde una visión antropológica la atención hospitalaria en el marco de la salud sexual y reproductiva de la mujer como configurador de patrones comunes sobre la reproducción y la atención en el nacimiento desde el modelo occidental biomédico.

Lo anterior responde un proceso de transformación en la experiencia de la maternidad, debido a que la formación y constitución de un sistema médico capaz de medir, prever y responder a problemáticas como la mortalidad materna y perinatal conllevó a que los médicos y cirujanos asumieran una mayor responsabilidad en el proceso del parto. Como consecuencia, el papel de las comadronas y de la vivienda en las etapas relacionadas a la maternidad fue reemplazado, concediéndole a los hospitales y a los nuevos actores (cirujanos, obstetras y ginecólogos) un papel primordial en el ciclo reproductivo de la mujer como configuradores de nuevas maneras de representar y vivir la maternidad, de modo que, la medicalización empieza a influir en la vida del individuo a partir de la gestación, la crianza y la vida adulta. Como resultado, la maternidad pasó de ser un acontecimiento privado que transcurría en el interior del grupo familiar para convertirse progresivamente en un acto de interés social, político y económico (Ortiz, 1996). Se puede agregar que, las experiencias de las mujeres gestantes están condicionadas por aspectos sociales y culturales que dan significado a lo que es ser madre y por ende modela los comportamientos y las prácticas que se desarrollan durante el periodo de gestación, parto y posparto, que se conjuga y condiciona por las vivencias particulares que se presentan y desarrollan en la interacción médico-paciente (Blázquez, 2005).

Una de las consecuencias negativas que se presentan dentro del sistema de salud que corresponde a las lógicas instauradas y promovidas desde el campo médico en relación a la interacción médico-paciente es el mantenimiento de relaciones asimétricas y jerarquizadas en el que se presentan actitudes despersonalizadas por parte del personal profesional en salud hacia las mujeres, lo que ha posibilitado la construcción de espacios donde la violencia obstétrica se

manifiesta gracias a la invisibilización por parte de médicos, enfermeras/os y gestantes de los tratos abusivos lo que impide denunciar las acciones violentas durante la atención.

En consonancia con lo anterior, en Colombia a partir de la Ley 1258 de 2008, actual código penal contra la violencia en perspectiva de género define en el *artículo 2* a la violencia contra la mujer como “cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer”. Los principios que buscan el cumplimiento de esta ley son la igualdad real y efectiva, los derechos humanos, el principio de corresponsabilidad, la integralidad, la autonomía, la coordinación, la no discriminación y la atención diferenciada, todos consagrados en el *artículo 6* (Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 6. 4 de diciembre 2008, Colombia).

Aunque en la legislación colombiana están tipificados delitos contra la mujer desde la perspectiva de género, todavía hay modalidades de violencia que no están tipificados dentro de esta categoría, lo que hace que se vulneren derechos por la no penalización de ciertas agresiones, en este caso la violencia obstétrica. Ejemplo de ello, se encuentra en la investigación que se desarrolló por parte de la dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de salud y protección social y de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública del Instituto Nacional de Salud, tenía como objetivo identificar las características demográficas, sociales y epidemiológicas de la violencia que sufrieron mujeres en la etapa de gestación entre los años 2012-2017. En los resultados se identificaron los escenarios más frecuentes, entre ellos está la vivienda con un porcentaje del 79,3 % en esta se presentan todas las modalidades de violencia como la violencia psicológica, sexual, por negligencia y abandono. La vía pública ocupa el segundo lugar con mayor porcentaje de violencia física con un 15,9 %. Otros espacios en los que se presenta violencia, pero que no llegan al 2% son los establecimientos educativos, lugar de trabajo, áreas de comercio y servicio, lugares de esparcimiento con expendio de alcohol y espacios abiertos (Cortés Molano, 2018).

Con lo anterior se puede observar que no se incluye la violencia obstétrica dentro del análisis, aun cuando el foco del estudio son mujeres gestantes, dejando por fuera las instituciones hospitalarias como escenario de coacción, esto se debe a los vacíos políticos y sociales que invisibiliza esta forma particular de violencia. En esta medida, en el ordenamiento jurídico colombiano no concibe este tipo de violencia como conducta sancionable, a pesar de que algunos miembros del personal de salud agreden física, simbólica y psicológicamente a las maternas violando derechos fundamentales como el derecho a la salud, ya que hablar de la salud como un derecho supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, que alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, consagrado en la ley estatutaria del derecho de la salud Ley 1751 de 2015.

Por consiguiente, la violencia obstétrica es un fenómeno real pero invisible para la ley y la práctica médica, pero el problematizar este fenómeno desde el campo académico/antropológico nos lleva a reconocer este tipo de violencia y a conocer las investigaciones que visibilizan la violencia obstétrica desde diferentes enfoques: desde la teoría feminista véase Carla Cobo (2016), Rangel y Martínez (2017), Viviana Vallana (2018); enfoque de género, léase a Jojoa, Cuchumbe, Ledesma, Muñoz, Paja y Suarez (2019); el feminismo y enfoque de género, véase a Eva Margarita García (2018) y Muñoz (2018). También se revisaron investigaciones que establecen correlación entre la violencia de género y la violación de derechos humanos, véase a Diana Echeverry (2018); la teoría del poder disciplinario de Michel Foucault, véase Gabriela Arguedas Ramírez (2014).

Respecto a la interacción entre los profesionales de la salud y las madres en el proceso de parto Vásquez (2011) presenta una investigación en el hospital gineco obstétrico “*Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito*”, donde plantea que la atención biomédica del parto involucra una forma de disciplinamiento y violencia material, como ámbito de la construcción social de la maternidad. La investigación tuvo como propósito comprender el

concepto y las prácticas del parto, tanto del personal médico como de las parturientas, con el propósito de reflexionar sobre el papel de la violencia en el disciplinamiento maternal. Al mismo tiempo, exploraron la forma de agencia de las parturientas en distintos escenarios (salas de parto, hogar de las mujeres) para develar las respuestas a las acciones aplicadas por los profesionales.

Para comprender el papel de la mujer en la labor de parto y sobre la importancia de relaciones simétricas entre usuarias y los doctores, Berrio (2020) realizó una investigación en Jardín, Antioquia llamada “*Los caminos de la llegada*”: *El parto humanizado y las rutas de la gestación y el parto*”, donde se analiza el carácter cultural de la gestación y el parto, la historia del parto humanizado, la violencia obstétrica, los roles de género y el sistema de salud colombiano, como elementos determinantes para comprender el discurso del parto humanizado, así como también el despliegue de las relaciones entre usuarias e institución de salud bajo dicho discurso. La autora comprende que el cuerpo es mediado por el rol que se le ha dado a la mujer y a partir de ello la experiencia en el proceso del parto es producto de la interacción con su contexto social, por lo que los miedos, el dolor y el parto se vivencia de manera diferente porque reproduce las conductas que le son transmitidas.

En relación con la violencia obstétrica ligada a la experiencia de las gestantes, se retoma los planteamientos de Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015) quienes desde su libro *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* en el capítulo II *el habitus en acción: la atención autoritaria del parto en los hospitales* brindan una conceptualización de la violencia obstétricas ligada a la estructura misma del sistema de salud, que empieza a formarse por medio del *habitus* médico en los años de formación y terminan materializándose en las relaciones médico-médico, médico-enfermera y médico-usuarias. Los autores comprenden la violencia obstétrica como la violación a los derechos sexuales y reproductivos desde las relaciones asimétricas enmarcadas como violencia de género.

2. Justificación

La presente investigación tiene como objetivo brindar elementos analíticos en la reflexión sobre las experiencias de las madres en la etapa de gestación y al momento del parto en los centros de salud, en relación a la interacción con los profesionales de salud; es decir, es visibilizar las vivencias de mujeres consideradas como población vulnerable adscritas al programa Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI (familia, mujer e infancia) perteneciente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en Montelíbano-Córdoba. El estudio reconoce y valida la salud sexual y reproductiva, en este caso la maternidad como campo de conocimiento antropológico. Se espera contribuir al quehacer teórico-práctico de la antropología de la reproducción y la antropología médica en la comprensión y abordaje contextual de las realidades sociales, económicas y culturales que influyen en las experiencias de las mujeres en la etapa reproductiva.

Con ello, se pretende aportar información para el público académico, instituciones de salud públicas y privadas y para las mujeres en general, con el objetivo de dar respuestas a las dudas frente al funcionamiento de las políticas de salud pública por medio de la investigación cualitativa, centrándose en las experiencias de las mujeres y así evaluar la pertinencia de dichas políticas en la realidad, ya que ha sido ampliamente estudiada desde las investigaciones cuantitativas orientada por los modelos biomédicos en el que se analizan los factores de riesgo en los neonatos y maternas, que sirve para monitorear la salud pública de la población. Es así que, se aspira que los hallazgos encontrados sirvan para orientar las políticas, planes y trabajos que beneficien a esta población en concreto desde una perspectiva más integral con el contexto sociocultural de las mujeres gestantes; teniendo en consideración que en la medida que las personas que diseñan las políticas y realizan los proyectos de intervención, conozcan la realidad de las usuarias para crear estrategias que

promuevan el goce de la maternidad situando a las mujeres como actoras principales de su embarazo, parto y postparto.

Por otra parte, también se busca brindar elementos contundentes que ayuden a visibilizar la violencia obstétrica que sufren las mujeres gestantes en los centros hospitalarios, y así, promover escenarios libres de violencia avalados por la Ley 1258 de 2008, además de ello, se pretende promover la construcción de espacios en el que se exponga la maternidad desde las voces y experiencias de quienes viven el proceso materializado en su corporeidad e influenciado por sus contextos sociales, económicos, políticos y culturales.

Los beneficios obtenidos por medio de la investigación están dirigidos a la adquisición de experiencia en el acompañamiento de mujeres (madres) en situación de vulnerabilidad y un interés personal en comprender como realidad social la manera en que las mujeres viven la maternidad teniendo en cuenta las redes de atención que intervienen en el proceso.

PREGUNTA

¿Cómo son las experiencias en la atención biomédica de la gestación y el parto en mujeres vinculadas a los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-Córdoba?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar las experiencias en la atención biomédica durante la gestación y el parto en mujeres vinculadas a los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-Córdoba

3.2 Objetivos específicos

- Describir desde las voces de las mujeres vinculadas a los HCB FAMI del ICBF sus vivencias en la interacción con los profesionales en salud durante la gestación y el parto
- Identificar las prácticas y conductas por parte de los profesionales en salud durante los procedimientos rutinario y de emergencia en la gestación y en el parto de las mujeres vinculadas a los HCB FAMI del ICBF.

4. Marco conceptual

4.1. Vivencia y experiencia

En la vivencia, se vislumbra un modo particular de percepción, comprensión e interpretación de la realidad que está dotada por sentidos personales y configurados socioculturalmente (López & Perlo, 2015). “Gadamer destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo (...) que constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada (...) del individuo sobre todo lo que experimenta” (Souza M, 2010, p.254).

La experiencia, a su vez es el pensar y/o reflexionar sobre un fenómeno, por medio de ello está la toma de conciencia y creación de conocimiento desde la interpretación y explicación del mundo por medio del lenguaje que “se asume como una forma de praxis que brota del movimiento vital de la experiencia comprensiva” (Mancilla, M, 2003, p.195), el ejercicio de la comprensión de la experiencia permite situar la experiencia en las mujeres desde la reflexión de la “multiplicidad de situaciones que ellas viven, tanto de forma individual como colectiva. Es la manera de encontrarse abiertas hacia la realidad percibiéndola como tal y articulándola en unidades significativas” (Vivas Albán, 2009, p.187) para obtener conocimientos sobre sus realidades.

Es así, que la vivencia se le atribuye a aquello en el ser y sentir, mientras que la experiencia es la acción de pensar. López & Perlo (2005), presenta la diferencia y el punto de encuentro entre ambos conceptos.

La experiencia es la reflexión de quien conoce sobre lo vivido; evocación de lo ocurrido, interpretación del fenómeno, la experiencia habla de quien la cuenta más que del hecho (...)
Lo que le pasa al hombre es la vivencia, que es percepción, emoción, sentimientos, acto de vivir. Hay un instante en el que vivencia y experiencia se entraman en la sabiduría adquirida

de quien habla, ello ocurre al narrar la percepción de lo vivido; se va desde la vivencia hacia la reflexión de la misma. (p.99)

4.2. Cuerpo embarazado

El cuerpo de la mujer ha sido objeto de territorialización y ejercicios de poder en el que las construcciones psicosociales alrededor de él no han permitido que las mujeres tengan autonomía sobre sus propios cuerpos, sea ya por normas comportamentales marcadas al rededor del género o por tabúes como síntomas de una sociedad patriarcal (Wohlgemuth, 2015). En el marco de la reproducción y sexualidad la realidad que viven las mujeres sobre su cuerpo durante la maternidad se agudiza al punto de que se expropia a la mujer del dominio de sí y se le incorpora otra cadena de valores respecto al nuevo rol.

El embarazo puede ser considerado, entonces, no sólo un proceso fisiológico sino también un proceso de fuerte significado social. La visibilidad del cuerpo embarazado es tal que hace patente la transición al nuevo estado de madre. El vientre prominente, un cuerpo en cierta manera público que, desprovisto de su carácter erótico, se puede tocar o acariciar, se convierte en referente de la maternidad misma. La barriga, sede preferente de la intervención médica, se hincha en paralelo a que la mujer va asimilando su nuevo papel social. (Imaz, 2001, p.100)

En respuesta al nuevo rol que desempeña la mujer en relación con la maternidad se entiende según la autora Imaz (2001), que la mujer se sitúa desde un *cuerpo para otro* refiriéndose a que la mujer no vive el embarazo para sí, sino que es una experiencia en favor de otro, en este caso el feto pero que es mediatizado en su cuerpo. La autora dice así:

Esta concepción de la mujer tiene su correlato biológico en la forma en que es descrito el cuerpo embarazado y es por ello que utilizo la expresión *cuerpo-para-otro* para referirme a él: el *otro* respecto al que el cuerpo de la mujer gestante se define se localiza, en esta

ocasión, dentro de su propio cuerpo. Es esta idea de *cuerpo-para-otro* lo que resume el cuerpo entero de la mujer, el feto es ese *otro* respecto al que se lee lo que ocurre en el cuerpo de la embarazada. (Imaz, 2001, p.104)

De manera similar, las autoras Berrío & Quiceno (2020) nos explican el proceso por el cual la mujer se despersonaliza de sus experiencias y ámbito sociocultural, de igual forma se concibe el cuerpo embarazado desde las lógicas del cuidado materno por lo que las restricciones a comportamientos, dietas y acciones hacen alusión a que el cuerpo no le pertenece a la mujer y que no actúa en función de sí. Las autoras dicen lo siguiente: el “cuerpo gestante se presenta como un *cuerpo otro*, territorio que, dada su condición, rompe la cotidianidad y en el escenario aparecen nuevas dinámicas solapadas por representaciones sociales, relaciones de poder y prácticas discursivas no presentes cuando se atraviesan otros estados” (p.23). Ese *cuerpo otro* comprende un escenario diferente y descontextualizado de sus vivencias, pero que se integran al cuerpo de la mujer durante la gestación y se agudiza en las salas de parto.

De modo que, los valores y concepciones asociados a la maternidad se corporizan en la mujer y permite que dicha territorialización se promueva socialmente desde la construcción del género. Esta herramienta social estructura comportamientos esperados hacia las mujeres madres hecho que se materializa en las salas de parto (Blázquez, 2005).

4.3. Gestación y parto

La gestación es el período que transcurre entre la implantación del óvulo fecundado dentro del útero hasta el momento del nacimiento del bebé, que tiene una duración de aproximadamente 9 meses. Durante la gestación tiene lugar los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno comprendido entre la concepción y el parto. El parto es el proceso fisiológico en el que la mujer finaliza su gestación, sea por medio del parto vaginal o por cesárea, implementados en el sistema de salud biomédico

(clínic Barcelona, 2018). El parto vaginal es el proceso por el que se expulsa el feto de manera espontáneamente desde un proceso fisiológico natural, pero que también puede ser intervenido con herramientas auxiliares. El parto por cesarí es aquel que emplea herramientas quirúrgicas para realizar una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero con el fin de intervenir y permitir el nacimiento del feto (Muñoz, et al., 2010).

4.4. Sistema biomédico

El sistema biomédico es aquel que abarca la medicina científica moderna, que ha sido heredada por la ciencia occidental. Este modelo “integran los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica, se crea una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades (Baeta, 2015, p.82)”. La biomedicina tiene como fin estudiar e intervenir la salud y enfermedad, este último, es entendida como las patologías que pueden presentarse dentro del cuerpo humano. Por otra parte, la salud es la ausencia de la enfermedad, estado que se pretende alcanzar por medio del control y medicalización del cuerpo, en busca de prevenir la enfermedad (Ríos, 2011).

4.5 parto institucionalizado y parto tradicional

El sistema biomédico, abarca la atención por profesionales, practicas técnicas y un espacio especializado. El sistema tradicional alude al parto realizado por parteras desde un enfoque familiar y natural sin acudir a tecnicismo médico (Vásquez, 2013).

Varea (2006), enuncia que la diferencia entre los dos sistemas se fija por quien dirige la acción del parto.

En el sistema médico oficial, académico o institucional, hay médicos/as con especialización, tales como anestesistas, cardiólogos, o ginecólogos; los y las médicos generales, obstetras y los trabajadores de la salud como enfermeras/os y auxiliares. Asimismo, en el sistema de atención de tradición o ancestral existen distintos actores: las

parteras, los y las fregadores/as que tratan con lesiones, los chamanes, pajuyos o taytas quienes curan enfermedades no solamente físicas sino emocionales o espirituales tales como el espanto o el mal de ojo. Ellos tienen una preparación especial en el mundo espiritual y para efectuar sus sanaciones convocan al mundo de lo sagrado (Acosta, 2011, p.20).

Otra de las características que se presenta entre las modalidades de partos, es la corporalidad de la mujer durante el parto.

En la medicina oficial el cuerpo de la parturienta es el instrumento orgánico y fisiológico con el que la mujer da a luz y es alterado a lo largo del parto “normal” con prácticas como el enema intestinal. La rasuración del vello vaginal o el corte vaginal de episiotomía. En el caso del alumbramiento, desde la lógica de las parteras, el cuerpo de la mujer no es alterado ya que no se realiza el lavado intestinal, tampoco se rasura el vello vaginal ni se realiza la episiotomía; básicamente, el aspecto morfológico del cuerpo se conserva. (Acosta, 2011, p.35).

4.6. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica, está ligada a las prácticas institucionales del sistema de salud ejercido por el profesional médico-enfermero que violenta a la mujer en los procesos de gestación, parto y postparto, sea por medio de violencia física, psicológica y/o simbólica. La violencia obstétrica se entiende como el “trato contrario a las normas éticas y legales que se deben cuidar hacia la mujer gestante, en la tendencia a considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales, en el contexto de la atención de la salud sexual” (Al Adib, et al., 2017, p.3).

4.7. *Habitus* médico

Bourdieu explica el concepto de *habitus* como un:

Sistemas de disposiciones durables, estructuras estructuradas dispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principio de generación y de estructuración de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente “regladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, objetivamente adoptadas a su meta sin suponer la prosecución consciente de fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos y, siendo todo esto, colectivamente orquestados sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 1972 citado en Peña, 2009, p.68).

Es decir, se forma socialmente un orden o estructura sin tomar conciencia del papel que tenemos como agentes promotores de dicha estructura, cómo bien lo explica Peña (2009), es “una estructura que restituye al agente un poder unificador como constructor de la realidad social y le es corporeizada, socialmente, territorializada, no en tanto sujeto trascendental, sino en tanto cuerpo socializado (p.68).

En consonancia, Castro & Erviti (2015) entienden que la atención autoritaria y el control del cuerpo responde al *habitus* médico, que no es más que, la manera en cómo desde la estructura del modelo asistencial se les educa a los profesionales a actuar como médico, dice lo siguiente:

Presuponiendo que en el parto el papel protagónico, el conocimiento, la jerarquía y la autoridad corresponden a los médicos y, en general, al personal de salud; y que las mujeres que paren deben limitarse a “cooperar” o a “ayudar” a los médicos en la tarea, así como aceptar que ellas no saben o no saben tanto como los médicos acerca de su propio proceso de parto, por lo que deben subordinarse a la autoridad médica (p.83).

Es decir, el papel que asumen las mujeres dentro de los centros de salud se presenta gracias a las indicaciones que reciben y orientan su maternidad, por lo que reproducen el comportamiento deseado por los profesionales de la salud si saben que tienen un papel clave en la promoción del modelo asistencial.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

La investigación es de carácter cualitativo, este enfoque es central en el acercamiento y comprensión de las realidades subjetivas e intersubjetivas, elementos importantes en la construcción del conocimiento científico, ya que desde este enfoque el conocimiento es un producto social que se construye por medio de lógicas, percepciones y significados de un grupo social específico (Galeano, 2004).

En la investigación cualitativa se tiene en cuenta dos enfoques interpretativos centrales, que son el *emic* y el *etic*. En el que el término *emic* hace referencia a la interpretación de las experiencias que tienen los participantes de su cotidianidad y el término *etic* comprende la interpretación que hace el investigador desde afuera, bien sea desde marcos teóricos y científicos en conjunto con los conocimientos expuestos por los participantes que hacen parte del foco de estudio (Valles, 1999). De manera que, se considera pertinente abordar las experiencias de mujeres en los centros de salud en relación con la atención recibida por parte de los médicos durante el embarazo y el parto, con el objetivo de analizar la maternidad desde las voces de las mujeres y validar sus experiencias a partir de la realidad social, rescatando el mundo de la interioridad de las mujeres en su relación con el contexto médico y así, contribuir en el conocimiento.

5.2 Muestra

Respondiendo a los objetivos de la investigación, los criterios de selección de la población fueron: mujeres que sean madres y que hayan recibido atención biomédica en los centros de salud en el período de la gestación y al momento del parto, además que estén vinculadas a los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI del ICBF, en Montelíbano Córdoba. El número de participantes

corresponde a 13 mujeres en estrato socioeconómico 1, este fue definido según la metodología de saturación teórica.

5.3. Recolección de información primaria.

El haber definido la experiencia como punto central en la investigación para entender la interacción entre médicos y mujeres en la gestación y el parto, permitió definir las técnicas cualitativas como las herramientas necesarias para el cumplimiento de los objetivos. Se eligieron técnicas individuales y colectivas, que permitieran un espacio más íntimo para comentar su experiencia reproductiva, desde los sentimientos, anécdotas e intimidades que no pueden ser compartida en grupo o que poco se habla entre mujeres. Por otro lado, se brindó un espacio de participación conjunta entre las mujeres para dar a conocer las experiencias de manera más amplia, compartiendo un sentido de solidaridad y afinidad por compartir vivencias similares y reconocer eventos semejantes en la atención biomédica.

Las técnicas que contribuyen a la recolección y generación de información tomadas en cuenta para esta investigación fueron: primero; la entrevista semiestructurada, segundo; el grupo focal y tercero; la observación y el diario de campo.

Primero, la entrevista semiestructurada es una herramienta cualitativa válida para obtener información primaria desde la perspectiva de las participantes en un proceso semejante al diálogo, reforzando la importancia del lenguaje (Minayo, 2007). Es así que, las vivencias individuales de las mujeres, sus opiniones y actitudes frente a la atención biomédica y los aspectos fundamentales en la comprensión de sus experiencias durante los procedimientos médico es obtenida desde esta técnica.

La entrevista semiestructurada consta de una guía básica sobre los puntos centrales a abordar durante la interacción con los participantes, pero esto no impide que durante el diálogo se pueda tocar otros puntos en relación a la temática, ya que no hay un orden predeterminado ni

limitante al momento de realizar la entrevista (Erlandson, 1993 citado en Valles, 1999, p.179). Es así que la entrevista fue dividida en dos temáticas; la primera, centrada en el embarazo y la segunda en el parto. La información que ellas proporcionaron sobre los diferentes procesos de la maternidad fue contada desde el último embarazo, que corresponden al motivo por el que ingresaron al programa FAMI, ya que este programa en específico se centra en mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, niños y niñas menores de dos (2) años.

La segunda técnica utilizada fue el grupo focal, es un método cuya característica principal es la de conocer e interpretar las vivencias colectivas sobre un mismo tema, ya que se “centra en la interacción dentro del grupo, la cual gira alrededor del tema propuesto por el investigador; además, los datos que se producen se basan en la interacción” (Escobar & Bonilla, 2009, p.52). En este caso, nos acercó a las experiencias de las mujeres en su proceso reproductivos en relación a la atención biomédica. Este espacio permitió la obtención de nuevos datos en relación a las experiencias vividas durante el parto y el embarazo. Es así que el grupo focal puede ser usado como complemento de otro método de investigación, pero direccionado a aprender sobre las experiencias y perspectivas de los participantes (García & Mateo, 2000). Adicionalmente, nos dice Bonilla & Rodríguez (1997) que también hace posible captar información en un “contexto que tiende a “reproducir”, a nivel micro, las dinámicas de pensamiento y de aceptación de la normatividad cultural cotidiana que orienta el comportamiento del grupo estudiado” (p.202).

Finalmente, como tercera técnica utilizadas en conjunto son la observación y el diario de campo cuyas herramientas permiten recopilar información sobre comportamientos no verbales de las interlocutoras. Conocer a las actoras y el contexto en el que se desarrollan sus vivencias cotidianas brinda una cercanía en la comprensión de la maternidad que se articulan al contexto sanitario. Información que será articulada con la información primaria y secundaria, ya que permite la construcción de detalles que en sumatoria van a agrupar los diferentes momentos de la

investigación, enriqueciendo la descripción y el análisis del objeto estudiado (Minayo, 2007). Además, el diario de campo permite la organización de los hallazgos encontrados en campo, “constituyendo el universo de análisis a partir del cual el investigador comienza con la etapa de codificación y categorización inductiva (...) ordenándolos en torno a patrones de respuesta que reflejen los principales conocimientos del grupo estudiado” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p.245)

5.4. Recolección de información secundaria.

En este primer momento, realicé una exploración sobre los conceptos a fines con la temática investigada, que fueron: violencia obstétrica, maternidad, parto, embarazo, vivencia y experiencia, procedimientos y prácticas médicas; también se buscó, derechos sexuales y reproductivos, patologización del embarazo y parto humanizado. Lo anterior con el interés de conocer otros estudios, las regulaciones frente a las problemáticas e identificar el campo de estudio.

Las estrategias de recolección de la información secundaria se basaron en los documentos disponibles en internet y en las siguientes bases de datos: Redalyc, Scielo, Rev Cienc Salud, Dialnet, Base-search, Academia.edu, Google Scholar; también se realizaron búsquedas en los repositorios de la Universidad de Antioquia. Estos criterios permitieron enfocar el fenómeno en el contexto de España, América latina y Colombia.

Este proceso fue central en el análisis del estudio ya que, “la interpretación de los datos cualitativos es un proceso dinámico que se nutre de todo el trabajo de inducción analítica iniciado desde el momento mismo de la recolección” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p.269), permitiendo mayor claridad y coherencia conceptual y analítica dentro de la investigación. Finalmente, se realizó una matriz de antecedentes, que consistió en el registro de la información recopilada sistematizándola en Microsoft Excel por autor, teoría y tipo de investigación, con el fin de ordenar la información encontrada.

5.5 Transcripción y análisis de la información.

En esta fase de la investigación, consistió en la organización de la información primaria previa a la escritura del informe, para poder comprender fácilmente el fenómeno se clasificó según las categorías emergentes durante el campo y en la revisión teórica.

Se realizó una ficha de transcripción de las entrevistas y del grupo focal y un cuadro categorial de los datos obtenidos, que permitió la depuración de la información que se considera que no aporta al tema de interés, y, por ende, organizar la información que se consideró pertinente y útil para el propósito de esta investigación, ya que el proceso de interpretar alude a la búsqueda de “sentido y encontrar significado a los resultados, explicando las tendencias descriptivas y buscando relaciones entre las diferentes dimensiones que permitan construir una visión integral del problema” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p.269). Es así que finalmente, se utilizó como herramienta de análisis la triangulación de la información obtenida en campo y en los registros bibliográficos, ya que permite una visión amplia sobre el fenómeno investigado, ayudando en la interpretación de los resultados obtenidos.

5.6. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se tienen presentes en el desarrollo de la investigación son las siguientes: Obtener anticipadamente el consentimiento informado de las personas que están dispuestas a colaborar con la investigación como interlocutores y las personas que sirvan de interventores en la búsqueda de espacios e interlocutores. Así mismo, devolver adecuadamente los resultados finales de la investigación. Otro aspecto fundamental es, guiar las relaciones con las mujeres desde el respeto evitando que la investigación cause daño a la seguridad, dignidad o privacidad de las interlocutoras.

5.7 Trabajo de campo

El trabajo de campo según Souza (2007), es concebido como “el recorte que el investigador realiza en términos de espacio, representando una realidad empírica a ser estudiada a partir de las concepciones teóricas que fundamentan el objeto de la investigación” (p.42). De igual forma, corresponde a un proceso de búsqueda de información sobre las experiencias particulares de las mujeres, en este caso, para contrastarlas con información bibliográfica relacionada al objetivo del presente estudio, que en palabras de Souza (2007), “se refiere a la relación entre la fundamentación teórica del objeto a ser investigado y al campo que se pretende explorar” (p.48). De manera que a continuación se relatará el proceso durante el trabajo en campo.

Las participantes están organizadas en dos grupos, según el FAMI al que están adscritas. El primer encuentro con las participantes del primer grupo -centro FAMI Tren de la alegría- fue el once de noviembre del año 2021. Las mujeres tenían encuentro los días jueves de ocho a diez de la mañana, la madre comunitaria que lidera los talleres me prestó el espacio y les comentó a las mujeres sobre mi interés de trabajar con ellas.

Habiendo acordado el encuentro, me dirigí al FAMI esperé un momento antes de presentarme, ya que estaban realizando una actividad con los bebés. Luego de terminada la actividad, me presenté y les comenté el motivo de mi visita. Por medio de una socialización les compartí los objetivos de la investigación y el interés sobre el tema de estudio y el papel de ellas dentro de este. Respondí sus dudas, y llegamos a acuerdos de participación. Las mujeres que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado, aceptando las pautas que allí se describen.

Para la realización de las entrevistas organicé el encuentro con las interlocutoras, con un total de 6 participantes para este primer grupo. Los encuentros fueron en las respectivas casas de

las participantes, las entrevistas no excedieron los 35 minutos y se realizaron durante el mes de noviembre del mismo año.

El segundo grupo entrevistado cuenta con 5 participantes pertenecientes al FAMI Familias con Amor, el primer acercamiento fue el seis de diciembre del año 2021. El proceso de acercamiento fue parecido al que realicé con el primer grupo. Este encuentro, se realizó en la penúltima reunión del programa para ese año. Socialicé el tema, resolví dudas y las mujeres que decidieron participar firmaron el consentimiento informado y me dieron sus respectivos contactos. Por otra parte, las entrevistas las realicé durante el mes de enero del año 2022, ver anexo #2.

Respetando el anonimato de las participantes, propuse un código para identificarlas. Esté es con números, desde el 1 hasta al 11, correspondiendo al orden en el que fueron entrevistadas. Las edades de las participantes del primer grupo varían de la siguiente forma: con 16 años la participante 2, 19 años la participante 5, 19 años la participante 6, 30 años la participante 4, 30 años la participante 3 y 37 años la participante 1. Las participantes 6 y 2 son madres primerizas y son de las mujeres más jóvenes. El resto de las participantes tienen de dos a tres hijos, aunque la participante 1 tiene cinco hijos. Para el segundo grupo corresponden las siguientes edades: la participante 10 con 32 años, la participante 7 con 24 años, la participante 11 con 26 años, la participante 8 con 27 años y la participante 9 con 26 años. Este segundo grupo respecto a la edad es más homogéneo en comparación con el grupo anterior y el número de hijos varía de dos a tres.

Por otro lado, el grupo focal se desarrolló con mujeres que recibían servicios del ICBF en los centros FAMI El tren de la alegría y Familias con amor, contando así, con un total de 9 participantes. Se realizó un grupo focal dividido en dos sesiones de aproximadamente una hora. El primero, estuvo enfocado en la experiencia durante la etapa del embarazo, teniendo en cuenta aspectos como la atención y la interacción con las doctoras. El segundo, estuvo direccionado hacia

el momento del parto, teniendo en cuenta las vivencias al momento de las contracciones, tipo de parto y la relación médico paciente durante el parto.

El procedimiento realizado para llevar a cabo el grupo focal fue el siguiente:

1) El día 6 de diciembre del año 2021 había un encuentro con ambos FAMI, relacionado a las actividades del programa. Se había acordado un encuentro para realizar el grupo focal con las participantes con quien ya había tenido contacto, y acercarme a las nuevas mujeres para presentarles el tema y obtener los consentimientos de dicha participación si decidían ser parte de la investigación. Esto lo realicé a las 8:30 am. mientras llegaban las otras mujeres. De las seis participantes previstas acudieron tres. Entonces decidí integrar a las nuevas participantes al grupo focal para no reprogramar la reunión, ya que el espacio nos lo habían prestado y las que estaban tenían la disposición de participar. De manera que, tenía tres participantes del grupo que había realizado las entrevistas con anterioridad y a seis de las nueve participantes del grupo nuevo, para un total de 9 personas.

2) Di nuevamente la bienvenida, pedí disculpas y agradecí a las participantes de haber acudido al encuentro y a las nuevas que decidieron quedarse. Antes de comenzar la discusión de grupo, presenté a las participantes el propósito de la actividad, expliqué las reglas de participación y que el diálogo sería grabado para fines académicos, a lo que todas estuvieron de acuerdo.

3) Como moderadora comencé con una dinámica de familiarización, en la que presenté dos videos. El primero fue sobre lo que era la violencia obstétrica y el último, fue un testimonio de una mujer relatando su experiencia en el parto. A raíz de eso, empecé con los propósitos del grupo focal.

4) Se comienza con la sesión de preguntas y la discusión a las 9:45 am. Cada participante se llamó por su primer nombre. La discusión fue informal, me asegure que todas participaran y que el ambiente de participación estuviera bajo el respeto. Después de terminado la primera parte,

realizamos un receso, en el que se dio un refrigerio. Después retomamos con la segunda parte de la misma manera.

6. Contexto sociodemográfico

Montelíbano es un municipio de Córdoba ubicado al sur del caribe. Cuenta con una población de 90.450 habitantes, de los cuales 77,8% de la población se encuentran ubicados en zona urbana, mientras que en la zona rural el 22,2%. El número de habitantes en el municipio afiliados al Seguro Social en Salud para el año 2018 correspondió a 20.062 personas afiliadas al régimen contributivo, 60.177 al subsidiado y a regímenes especiales con una población de 1.481 personas (Alcaldía de Montelíbano, 2020).

En Colombia según el DANE (26 marzo 2021), el número de nacimientos en las instituciones de salud para el año 2020 correspondieron a 611.378 nacimientos, de los cuales 24.398 se dieron en el departamento de Córdoba, y para el caso de Montelíbano se presentaron 1.928 nacimientos, 1.918 de estos ocurrieron en las instituciones de salud. Los médicos atendieron 1.913 de esos partos, 3 por enfermeros/as y 2 fueron atendidos por auxiliares de enfermería. La edad de las madres osciló entre los 10 años y los 54 años. En Córdoba, además, se presentan 167 casos de morbilidad materna extrema por cada 5.829 nacidos vivos con una razón de mortalidad materna extrema (MME) de 28,6, en el que las principales causas son los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas (Sivigila período epidemiológico III & Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021).

La atención en salud y por ende las experiencias de las participantes corresponde a la filiación en salud a la que están adscritas. Es así como, de las 11 participantes entrevistadas, 5 fueron atendidas en el hospital local de Montelíbano, las 6 mujeres restantes fueron atendidas en la clínica regional del San Jorge. En vista de que el embarazo de algunas de las mujeres fue en

pandemia recibieron controles por tele consultas o en alternancia a la presencialidad sean en el hospital o la clínica, solo una realizaba controles de forma particular, pero finalizando el embarazo tuvo controles presenciales en su entidad de salud, el resto de las participantes recibió atención médica durante el embarazo como lo indicó la doctora que las atendió. Por otra parte, 5 de las participantes tuvieron parto vaginal, 3 de ellas en el hospital y 2 en la clínica. Para las 6 participantes restantes su parto fue por cesárea, programado o de urgencias en la clínica.

Todas las participantes están en el programa HCB FAMI, este se encuentra en el barrio Villaclemen correspondiendo al estrato socioeconómico 1 ubicado al sur del municipio. Las adscritas al programa son pertenecientes al barrio, o zonas cercanas con el objetivo de focalizar un grupo en cada sector y responder a sus necesidades.

De acuerdo con los propósitos de la investigación es necesario contextualizar cómo funcionan los Hogares Comunitarios de Bienestar–FAMI, que corresponde a la Modalidad Familiar. El programa pertenece al Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), este se desarrolla en un espacio reservado para los encuentros, pero mayoritariamente son en la casa de la Madre Comunitaria encargada de guiar el cuidado de las madres gestante hacia sus bebés (Mi Comuna2, 6 de mayo 2015). Las madres comunitarias prestan apoyo hacia 12 o 15 familias en formación, centrándose en las mujeres gestantes, madres lactantes, y niños y niñas menores de 2 años pertenecientes a poblaciones vulnerables. “El programa se desarrolla durante noventa y seis (96) horas al mes, este tiempo es distribuido en sesiones educativas, visitas domiciliarias, coordinación con entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), planeación de actividades, capacitación de los agentes educativos y desplazamientos” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, 2014, p.20), todos ellos con el propósito de atender las necesidades básicas del niño desde su gestación hasta la primera infancia velando por su protección, cuidado, nutrición, salud, educación y desarrollo psicosocial.

7. Resultados

7.1 Vivencias de las mujeres en la interacción con los profesionales de la salud durante la gestación y el parto.

Este capítulo se centra describir la interacción entre profesionales en salud y las usuarias donde se da a conocer aspecto referente a la atención entendida desde la comunicación e interacción entre los involucrados, el rol de los profesionales en salud y de las mujeres en la etapa relacionada a la maternidad. Por lo que los resultados se basan en las vivencias de las mujeres en los controles durante la gestación y al momento del parto.

7.1.1 Embarazo

7.1.1.1 Vivencias durante la atención prenatal

Durante el embarazo, la atención obstétrica esta direccionada hacia los controles según la etapa gestacional en que se encuentre la madre. La comunicación durante la atención en la relación médico-usuarias es mediada por las construcciones, pensamientos y realidades sociales; es decir, que la atención está condicionada por la actitud y el papel que decida tomar el profesional de salud influyendo, en gran medida, en el vínculo que se crea con la mujer y su cuerpo desde lógicas instauradas en el sistema médico.

Cuando el profesional sanitario adopta una actitud que permita el espacio para comunicar las emociones, dudas y preocupaciones sobre la salud de la mujer durante el embarazo es más fácil crear cercanía y confianza durante el tiempo gestacional entre los profesionales en salud y usuarias, y que cuando esta se da de manera correcta dicha relación impacta positivamente en la vivencia de la maternidad y se mantiene con el paso del tiempo. Ejemplo de esto, es la experiencia de una mamá durante los controles y después en las citas de crecimiento y desarrollo de su hija, ella comenta lo siguiente:

Ellos me preguntaban la hora para yo asistir. Yo iba antes de la cita. Ejemplo: la cita era a las tres y media a esa hora me iban llamando... La atención fue muy bien, muy pendiente

de mí. Me dedicaban mucho tiempo en las preguntas que yo hacía porque no entendía y ella me explicaba (...) la doctora muy cariñosa, ahora último llevé a la niña a crecimiento y desarrollo y la llevé con ella, porque como ella conmigo pegó mucho, ella me atendía muy bien, todo bien gracias a Dios, nunca tuve problema por eso. (Interlocutora 10, Montelíbano, 2022)

Por otra parte, la amabilidad y disposición que tenían las doctoras para resolver las dudas es un indicio para que las mujeres sientan y expresen que la atención en los controles fue buena y, por ende, exista un proceso de interacción válido en la vivencia de esta etapa influenciando de manera positiva en el embarazo. Así como lo comenta la siguiente participante: *“la amabilidad que tuvieron las doctoras y enfermeras siempre estaban presta a responder las dudas”* (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022). De manera similar, otra mujer dice así: *“Una buena doctora, me atendía bien. Ella demoraba en la atención, siempre me explicaba cómo había salido en los exámenes”* (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021).

Se debe agregar además que, las redes de apoyo desde los centros de salud durante el embarazo influencia positivamente en el proceso, como lo comenta una participante: *“los controles fueron buenos, las doctoras eran muy buenas, e incluso tenía apoyo por el celular por parte de una psicóloga y enfermera, era muy bueno la verdad”* (Interlocutora 8, Montelíbano, 2021). Lo anterior alude a la importancia de los canales de atención que permita a la mujer expresar y sentirse escuchada en su rol de madre en un diálogo recíproco y participativo.

La adopción de las llamadas como estrategias de seguimiento en el marco de la atención permitió entender la salud no sólo desde la prevención de la enfermedad, sino también desde el mantenimiento de la salud, centrándose en aspectos psicológicos, así lo comenta una interlocutora: *“era vía telefónica y hablábamos de cómo me sentía (dolores de cabeza) y estado emocional* (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021). Otra dice lo siguiente: *“Tenía otro apoyo que me enviaron*

por la EPS, pero era por tele consulta. Era una enfermera, nutricionista y psicóloga” (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022). Estas vivencias, son factores importantes en la salud de la mujer, de ahí que, el sentirse escuchadas, comprendidas y parte de su proceso maternal ayuda a comprender el papel fundamental que tiene una buena relación médico-usuarias en la vivencia de esta etapa reproductiva y más, cuando esta se da desde la relación respetuosa al cuerpo y hacia la mujer.

Cuando no hay redes de apoyos externos a las consultas, las mujeres resaltan durante los controles la dedicación y el tiempo compartido que emplean los profesionales de la salud hacia ellas, que comprende el sentirse protagonistas en el embarazo. Para ilustrar mejor, unas participantes comparten lo siguiente: *“todos los controles fueron presenciales, aunque estábamos en pandemia. Siempre estuvieron atentos a lo que les decía, siempre fueron cordiales supliendo mis necesidades. Si yo iba en algún momento, aunque no tuviera cita ellos me atendían, nunca me rechazaron”* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022). De igual forma nos comenta otra interlocutora: *“todos eran amables y siempre respondían las dudas”* (Interlocutora 2, Montelíbano, 2021). Seguidamente otra participante reafirma como la disposición del médico a responder las dudas significa buena atención durante las consultas: *“Siempre me trataban bien, me dedicaban el tiempo que necesitaba. No tengo quejas”* (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021).

Otro aspecto importante que cabe resaltar es el papel del tiempo como un indicador para caracterizar el proceso interaccional en los controles. Es decir, que a menor tiempo de espera entre consultas hay mejor disposición por parte de las mujeres para asistir a los controles y para comunicar las inquietudes frente a los exámenes:

“los controles con la niña fueron presenciales, me tocaba ir a cada cita. Los exámenes estuvieron bien, no tuve ningún problema en los controles de igual manera la doctora me atendió bien, no tuve ninguna queja de ella. Cuando tenía los controles a la hora que me

tocaba me atendía exactamente, no me tocaba esperar. No tengo nada malo que resaltar” (Interlocutora 13, Montelíbano, 2021).

De manera similar, nos comentan otras tres mujeres: *“la atención fue bien, siempre iba y estaban pendientes sobre el asiento y hacerme pasar rápido”* (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022). Otra dice: *“es una doctora. Con ella no tuve nada malo, ni la espera”* (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022). De igual forma, hay una correlación entre el cumplimiento del tiempo para los exámenes y la espera antes de las consultas: *“hice mis exámenes de orina de todos, me salieron muy bien, no tuve ninguna complicación. Los controles eran muy puntuales, estaban al día y me llamaban a la hora exacta. La atención muy buena, no me quejo por ese lado”* (Interlocutora 10, Montelíbano, 2021). Es así como el tiempo es un aspecto importante en la vivencia del embarazo, porque de él depende la disposición de las maternas a seguir el seguimiento por controles desde el campo biomédico.

Por otra parte, hay que señalar el contraste existente entre una buena atención recibida contrario a los imaginarios preconcebido sobre cuál es la actitud que adoptan los doctores durante la atención; ejemplo de ello es lo siguiente:

Muy profesionales, muy atenta. sí, uno se sentía bien con ella, si uno no entendía algo ella le volvía a explicar, ellas eran muy amables. ¿con el primer embarazo cómo fue? Apenas tenía veintiún años y no sabía cómo era la atención, pero era como muy robotizada, explicaban y ya, como paciente y doctor... la calidez humana que tuvieron con mi último embarazo lo sentí muy especial, no me sentí como otro paciente más, si no que me atendieron bien. (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021)

De manera similar nos comenta una participante lo siguiente: *“Ellos estuvieron atentos, no puedo quejarme de ellos, porque a pesar de ellos ser así como serios, siempre tuve buena atención, fueron amables”* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022). Las dos participantes son madres de tres

hijos, rasgo que les permite tener una visión más amplia y comparable sobre las diferencias que hubo en sus anteriores embarazos referente a la atención recibida. De modo que, en sus experiencias relacionadas al embarazo e interacción con doctores durante los controles, dan cuenta de las distintas maneras de atención, como bien lo dicen “robotizada”, “seria” o “amables”.

Hasta aquí se presentó la manera en cómo las mujeres se sintieron durante los controles en relación con la atención que recibieron por parte de sus doctoras en los controles, relatándola de manera positiva.

7.1.1.2 Relación asimétrica

La atención esta mediada por la posición que tenga el profesional de salud para desarrollar su rol, dicha diferenciación conlleva a que el proceso de interacción este condicionado por los límites y confianzas que se permita en la comunicación durante los controles y exámenes dependiendo de quien dirija la atención. La manera más notoria para dar cuenta de esto es la diferencia de cargos dentro de la atención, ejemplo de ello es lo que comenta una participante: *“de la enfermera muy bien porque ella era muy chévere, me explicaba todo. Del ginecólogo, pues que te digo, él siempre era: peso, talla, revisaba los exámenes y las ecografías, era lo único”* (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021).

Otro caso que permite ilustrar como la relación y la comunicación cambia dependiendo la situación y el ambiente en que se realizan los procedimientos médicos durante el embarazo es el siguiente:

Estuve hospitalizada con un sangrado y en el hospital me dijeron que tenía al bebé muerto, por lo que me iban a mandar para Montería para realizar un legrado, yo no dejé. Yo les dije que iba a firmar voluntariamente porque yo me iba a venir para la casa. ¿porque hizo eso? Porque ellos no me confirmaron nada, ni me hicieron alguna ecografía ni nada, sino que, me dijeron que él bebé estaba muerto. ese doctor me hizo examen de orina y de sangre

y no me los quiso mostrar, se puso bravo. Me dijo que llamara un familiar que me llevara para la casa y que, si luego me ponía mal que allí no me iba a recibir, porque yo no quise ir a Montería para que me realizaran el legrado. Entonces yo me baje de la camilla y me iba a salir con la destroza puesta, cuando ellos vieron que yo me iba a salir se quedaron viendo entre todos, los médico y enfermeras.

Yo le hable a mi cuñado sobre la situación, entonces él me dijo que venía enseguida y que le dijera al médico que iba para allá hablar con él, pero el doctor no espero a que llegara mi cuñado porque antes me quito la destroza para que me fuera para mi casa y me firmó la salida. El doctor lo que quería era matar a mi bebé, porque para la muestra, mi bebé está vivo, donde yo me dejo llevar para montería me mata al niño.

El lunes temprano fui a donde un doctor, me hice una ecografía particular y me dijo me dijo que él bebé estaba vivo y que estaba bien, pero que aún tenía el sangrado por lo que él me mando un tratamiento para eso.

¿Le comentó ese suceso a su doctora? Sí, ella me dijo que porque él no me había hecho una ecografía para que me comprobara que el bebé estaba muerto ¿cuándo la doctora la atendió que dijo? Dijo que el bebé estaba bien y que tenía su corazoncito bien. Me mando una ecografía, me la hice enseguida y todo salió bien. (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021)

Como se logra observar, lo anterior es una experiencia que se desarrolla en tres espacios diferentes en medio de una pandemia por Covid-19. La manera en que el suceso transcurre es afectada por la forma en cómo se comunica o no los resultados de exámenes que le competen a la madre. En el primer momento es vulnerado el derecho a recibir información sobre los exámenes y razón del procedimiento médico que se le quería realizar a la participante. Durante la atención en

urgencias la falta de sensibilidad ante la situación médica de la mujer fue el factor que desencadenó un episodio de abuso hacia la mujer, ya que el doctor no tuvo en cuenta el sentir de la madre, sino que este únicamente se centró en dar la noticia, sin pruebas, desentendiendo los intereses, preocupaciones e incluso la salud mental de la mujer. En el último escenario con la doctora que dirigía los controles se nota mayor receptividad a la comunicación.

En conclusión, la vivencia en los controles de todas las participantes durante la atención médica fue por parte de doctoras en esta primera etapa reproductiva. En el que el proceso interaccional durante el embarazo está marcado para las mujeres por la calidad del tiempo en responder las dudas, la puntualidad, la información sobre que exámenes se realiza y el para qué y sobre todo la amabilidad que responde al proceso de comunicación recíproca entre ambas actoras. Pero, por otro lado, también existe una diferencia en como la cercanía con los profesionales de la salud va a depender del cargo y posición que tenga este dentro de la atención. Las experiencias de violencia expuestas en este capítulo corresponden a escenarios de urgencia, haciendo también parte de la vivencia de la mujer, pero que no hace parte de los servicios prenatales protocolares.

7.1.2 Parto

7.1.2.1 Me atendieron bien, normal.

La atención y la relación que se desarrolla durante el parto es inmediata a diferencia de la etapa gestacional, ya que la relación con los profesionales de salud se va afianzando con cada cita de control, contrario a como ocurre durante el parto. La amabilidad es una de las cualidades que se resaltaba durante la atención prenatal, pero en el parto la atención no se centra en la disposición que tenga el doctor para resolver dudas sino en el actuar de este para que no haya ninguna complicación durante el parto en el menor tiempo posible. Por lo que una buena atención con los doctores va a estar identificada como “normal” o “bien” teniendo en cuenta un trato formal e indicativo sobre lo que se debe hacer durante el trabajo de parto, así como lo comenta una

interlocutora: *“me pasaron a la sala de parto porque estaba apurada con los dolores, me decían que pujara, pero el niño no quería salir entonces me picaron...el trato fue normal, el niño salió bien, el parto estuvo normal”* (12, Montelíbano, 2021).

También cabe agregar que, cuando el parto se realiza por cesárea la satisfacción de la mujer en la atención va a responder a las expectativas que tiene sobre el proceso antes y durante el parto desde la intervención médica, como pueden ser las indicaciones sobre el consentimiento para el procedimiento, la citación y espera para la cirugía y el procedimiento en sí. Ejemplo de ello, es la experiencia de una interlocutora quien comparte lo siguiente:

Me atendieron bien ahí en la clínica regional, me salió todo bien. La atención fue rápida porque me citaron a la seis de la mañana y enseguida me subieron a sala de parto, me canalizaron, firmé los papeles y al momentico me realizaron la cesárea. Los doctores me atendieron bien. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2021)

Si bien en el primer caso, hay una comunicación directa sobre lo que debe hacer la madre en la labor de parto; en el último ejemplo, el proceso cambia debido a que no hay indicaciones sobre lo que la madre debe realizar, sino más bien, se trata de una preparación para intervenir a la mujer.

Por tanto, la buena atención y por ende la interacción con los doctores será mediada por el acompañamiento, el tiempo antes y durante el procedimiento, como lo menciona una participante: *“todos estuvieron pendientes, fue rapidito no demoraron nada. No se quedaron hablando como cuando tuve al primer niño, que estuvieron hablando y nada que me atendían”* (Interlocutora 8, Montelíbano, 2022). El hecho de que no haya dolor las situaciones de estrés o emergencia disminuyen, por lo que para las mujeres el tiempo de atención es primordial para sentir que hay mayor cuidado hacia ellas.

De igual manera, el apoyo frente a la incertidumbre de una cesárea requiere un acompañamiento por parte del personal sanitario debido a que la mujer estando apartada de su acompañante se siente sola y vulnerable por ser intervenida en un espacio por y para profesionales en salud, así como lo comunica una interlocutora: *“el enfermero y el otro doctor que estaba de apoyo fueron muy buenos. Uno me sobaba la frente diciéndome que me relajara. el otro estaba muy pendiente, me preguntaba cómo me sentía, si tenía ganas de vomitar”* (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022). De manera similar otra dice que: *“Yo si sentí el apoyo de los médicos, porque yo fui prácticamente la última y como a mí se me bajo la presión (...) todos fueron muy bien, muy amable para que, pero me atendieron muy bien”* (Interlocutora 10, Montelíbano, 2022). En los casos enunciados, la atención se da de manera asertiva y respetuosa supliendo con atención y acompañamiento las necesidades que presentan las mujeres en el cuarto de operaciones.

Hay que mencionar además que, durante la cesárea el silencio es un elemento condicionante en la manera de interactuar entre los actores presentes durante la cirugía. Lo anterior comprende dos razones, la primera tiene que ver con la poca capacidad de habla durante el procedimiento debido a la anestesia, y la segunda, está relacionada a la actitud que la mujer cree que debe tener en la sala de operaciones. Es así como, la interacción comprenderá señas, gestos y actitudes, como nos lo señalan unas participantes cuando se les preguntó si realizaron preguntas durante la operación. Sus respuestas fueron: *no, no me salían las palabras, trataba, pero no sé, tenía la lengua dormida. Por señas le entendí a la enfermera que me decía que todo estaba bien”* (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021). Otra dice: *“no realicé ninguna pregunta, porque como se me bajo la presión no pude hablar, el enfermero me decía que me relajara que ya estaban terminando”* (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022). Hasta ahora hay una correlación entre la incapacidad para hablar, sea por los medicamentos o alguna situación medica que se presentó en el momento, con la disposición que tenían los/as enfermeros/as para cuidar y brindarles seguridad a las mujeres.

Se debe agregar que también, se presentan casos en los que la conversación durante el proceso es importante para ayudar a que la mujer viva una experiencia positiva durante la cesárea, como lo vivió una participante, que nos comenta lo siguiente: *“me dijeron que me relajara, me mandaron a quitarme la ropa y me puse una batica, me entraron al quirófano todo fue normal. me hicieron la cesárea, yo estaba consiente, las enfermeras me mantenían hablando”* (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021). También se presenta lo contrario, en el que algunas mujeres consideran que hablar es incorrecto o indebido durante la cirugía, una participante nos dice: *“yo no hice preguntas, ni dada. Pues ahí uno no puede hablar. A uno lo duermen de la mitad hacia abajo, porque uno debe estar despierto”* (Interlocutora 10, Montelíbano, 2022). También nos dice lo siguiente otra participante: *“no, me quede en silencio esperando a que terminaran. Solo pregunte cuando tenía mareo, me dijeron que me quedara con el tapabocas, me acostaron de ladito para vomitar en un recipiente”* (Interlocutora 8, Montelíbano, 2022). Aquí evidenciamos dos maneras en las que se experimentan los partos por cesárea en relación con la interacción entre las usuarias y profesionales.

7.1.2.2 Diferencia en la atención dependiendo el cargo

La diferencia que existe en la interacción entre los profesionales y las usuarias se agudiza durante el parto. Cuya diferencia recae en el rol asistencial del profesional (médico y enfermero) en los centros de salud e influencia la manera de actuar y percibir de las mujeres cuando son atendidas.

En los relatos se encuentra que hay mayor acogida por parte de las enfermeras hacia las mujeres durante el tiempo que fueron atendidas en la labor de parto. El papel que cumple la enfermera es más participativo y cercano con las pacientes frente al que cumple los doctores. Una participante hace una distinción en cómo fue atendida, diferenciando la actitud entre ambos profesionales, nos dice así: *“siento que los doctores están más especializados que las enfermeras.*

¿quién atiende mejor? Las enfermeras porque siempre están hay con uno preguntándole y los doctores solo pasan en la mañana” (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021). De forma que, la interacción es definida por el papel designado en el contexto sanitario. Y a su vez este proceso relacional es definido desde dos concepciones, la primera tiene que ver con quién puede suplir mis necesidades durante la atención y la segunda gira en torno a quién puede brindar mejor atención. Dicha idea se reafirma con lo que expresan unas interlocutoras: *“las enfermeras muy bien porque ellas están pendientes de hacerle cualquier cosa a uno”* (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021). Otra comenta algo similar: *“de parte de la enfermera todo muy bien, ellas me atendieron cuando estaba en la sala de recuperación...”* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022).

Hablando sobre la actitud para responder y hacer preguntas durante la espera antes del parto desde los distintos agentes, una de las mujeres dice lo siguiente:

Yo si preguntaba y me respondían. Por parte del doctor no tenía buena disposición, pero la enfermera y el medico aprendiz sí, incluso el me hacia las preguntas muy amablemente. Ejemplo: si era mi primer parto, si me sentía desesperada o fatigada. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022)

Otra situación que se refleja en los testimonios es la manera en la que se sitúa los profesionales y el papel de las mujeres, ejemplo de ello es lo que comenta una participante: *“yo estaba nerviosa, no me dieron indicaciones, pero yo pujaba”* (Interlocutora 2, Montelíbano, 2021).

De manera similar, la falta de comunicación, las respuestas insuficientes o las respuestas incomprensibles sobre lo que le sucede a la mujer y al bebé durante el parto hace parte de la falta de importancia que se le da a la mujer en su vivencia, ya que la atención se centra en el cuidado y bienestar fisiológico, más que en la salud entendida desde su integralidad. Para dar claridad sobre este asunto, una participante comparte lo siguiente:

Yo les preguntaba que, si porque no lloraba, la doctora que me atendió me decía que el niño estaba bien: “no te preocupes mamá”. Yo levantaba la cabeza para verlo, pero me decía que no me levantara, que me quedara quieta. Cuando lloró fue que me relaje (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022).

Otra mujer relata su vivencia en la sala de operaciones, donde se visibiliza la función de la mujer durante el parto por cesárea:

Durante el parto estaba anestesiada, pero estaba despierta. El doctor me dijo que me sentara que me iban a colocar una inyección y no la sentí, ni sentía el movimiento. Yo me sentía muy estresada y lo más trágico es que uno se da cuenta lo que están haciendo. La única pregunta que hice fue si ya iban a terminar porque sentía que me estaba ahogando (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021).

7.1.2.3 Saber/deber de los profesionales en la práctica médica

Una de las razones para que las mujeres experimenten miedos, nervios y dudas referente al saber/deber de los médicos en el trabajo de parto es por la falta de certeza sobre los procedimientos. Esto ocurre por la deficiencia en la información que se le da a la mujer, ya sea por la poca educación y preparación por medio de talleres sobre los procedimientos que se realizan durante el parto y la reacción del cuerpo femenino durante este.

En relación con la falta de información, una de las participantes habla sobre cómo se habían llevado al bebé a hacerse unos exámenes, sin ella conocer detalles del por qué. Ella comenta:

Luego me sacaron y me llevaron para la pieza, pero sin el bebé porque lo habían llevado para el piso de abajo. Le pregunte a mi suegra que, si por qué y me dijo que no sabía, demoró como 15 minutos allá, luego me lo trajeron. Cuando me lo entregaron me dijeron que le estaban haciendo una placa para descartar algún daño. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022)

Para dar cuenta de cómo actúan los profesionales de la salud en momentos críticos y en cómo la mujer percibe ese escenario, una participante relata su experiencia del parto:

Mi esposo me dijo que yo posiblemente podía haber parido normal porque el cuello de la matriz ya se me estaba abriendo según lo que el doctor dijo. Y de un momento a otro colocaron medicamentos para que los dolores se me pasaran, pero en cambio parece que me colocaron medicamento para que me dieran los dolores más fuertes.

Entonces, posiblemente yo pude haber parido normal. El Doctor me hizo y me hizo el tacto y a mí no me decía nada, pero le dijo al otro doctor que yo ya estaba dilatando en 1, vi que en el guante le quedo sangre rosada. Después, en 1 hora más o menos, la enfermera llegó a hacerme el monitoreo y vio que el bebé tenía el ritmo alterado, salió corriendo para donde el ginecólogo que estaba del otro lado.

Llegó el ginecólogo y me dijo que me tenían que hacer la cesárea urgentemente porque el bebé ya quería salir, que se estaba ahogando. Fue inesperado, no me dijeron por qué, pero yo sabía por los monitores del bebé. (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021)

Es así como, en relación con el estado de ansiedad que pasan algunas mujeres durante la cesárea estas deciden confiar en el saber médico viéndose desprovista de cualquier información/acción que pueda realizar para ayudarse. Una participante comenta que:

Estaba muy nerviosa, porque era la primera cesárea que me iban hacer, hasta se me bajo la presión, pero los médicos fueron muy profesionales, tomaron la decisión de ponerme oxígeno. Lo demás estuvo bien, no fue muy complicado, porque me ingresaron a las siete y media y a las ocho ya estaba operada y con la bebé. (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022)

Por otra parte, cuando está en duda el saber de los profesionales, los sentimientos de miedo e incertidumbre aumentan. Al tratarse de un asunto tan delicado como es la salud del bebé y de la mujer, ellas adoptan el miedo como respuesta en medio de la inseguridad que siente sobre la

atención que reciben durante el parto, ya sea por comentarios sobre el profesional que las atiende, el tiempo de experiencia o la edad del profesional, etc.

Una de las mujeres expresa como se sintió cuando supo quién iba a dirigir su trabajo de parto, ella dice así:

Con tantas cosas que he escuchado de él no sabía. Que ya no hace los trabajos igual porque ya él está muy señor y una cesárea así, a las carreras, si me daba un poco de miedo que quedara algo mal hecho. (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021)

De manera similar, otra participante comenta como tenía dudas frente al doctor que la iba a atender, pero aun así decidió confiar en él.

Sobre el doctor había comentarios como que se le había muerto una muchacha en sus manos. Otra muchacha me dijo que él la atendió en el parto y le había hecho perder al bebé, todo eso, pero ajá, uno no sabe lo que pasa en realidad. (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021)

Otra interlocutora, reafirma lo expuesto: “*solo el médico más viejo, porque si yo hubiera tenido al bebé pasado el turno del doctor no sé qué hubiera pasado, porque los aprendices no tenían la experiencia para recibir un parto*” (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022).

Como consecuencia las mujeres experimentaron desconcierto mientras conocían situaciones desfavorables en la atención, ya que al ingresar a los servicios en salud se espera que se garantice la calidad y seguridad en la atención y en los procedimientos médicos. Pero, todo lo contrario, la sensación de inseguridad fue surgiendo en la medida en que ellas estaban más controladas y coaccionadas por el modelo de atención.

7.2 Prácticas y conductas por parte de los profesionales en salud en los procedimientos rutinario y de emergencia en la gestación y en el parto.

Este capítulo se centra en analizar cómo desde el campo médico las prácticas y las conductas de los profesionales sanitarios están condicionados por el modelo de atención biomédico, que repercute en como la mujer se posiciona durante el embarazo y parto. A su vez el análisis se focaliza en el modelo asistencial, el *habitus* médico, en la violencia simbólica e institucional que se infiere desde las vivencias de las participantes.

7.2.1 Embarazo

7.2.1.1 Asistencia durante el embarazo

El rol asistencial del médico durante el embarazo se enfoca en guiar el modo de vida de la madre en beneficio del bebé, direccionado hacia: las dietas, el reposo de la mujer y los controles prenatales. Ejemplo: *“Ella decía que me alimentara bien con buenas verduras, buenos jugo y buenas comidas. solo tuve dos controles presenciales en el que me revisaron y midieron al bebé. Me dijeron que estaba bien y que estaba en buena posición”* (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021). El primer momento responde a la necesidad de orientar hacia los buenos hábitos nutricionales a la madre, ya que influyen directamente en el desarrollo del embarazo. Hecho que se comprueba en el segundo momento, enfocado en el monitoreo.

Los exámenes durante los controles hacen parte de lo que las mujeres esperan y aceptan en el transcurso de la atención biomédica, así como lo comenta una participante en relación a los exámenes: *“son necesarios, porque nunca manda exámenes que uno diga que es una exageración. Todos son correctos para el embarazo”* (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022), continúa diciendo:

Me realizaron una serie de exámenes, me dijeron que tenía una fuerte infección vaginal, era por eso que se me quería venir el bebé antes de tiempo. Me mandaron medicamentos para matar la infección, me indicaron reposo absoluto para que el bebé llegara por lo menos a las treinta y seis o siete semanas.” (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022)

Es así como, el seguimiento prenatal otorga tranquilidad a la mujer sobre su embarazo y refuerza la relación mamá e hijo. Entre las participantes la realización de los controles es necesarios y la única manera de saber cómo va el desarrollo del bebé, una comenta lo siguiente: *“todas son necesarias porque son para saber cómo está el bebé y uno mismo”* (Interlocutora 2, Montelíbano, 2022). Otra comparte este mismo sentir, diciendo: *“son necesarios, porque uno puede saber cómo están sus defensas. Para mí si son importantes”* (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021). Finalmente, una termina comentado: *“necesarias son para saber cómo esta uno y el bebé. Para mí está bien porque si no se hace un control para saber cómo estamos (ya que ellos toman las vitaminas de nuestro cuerpo durante el parto) uno queda mal”* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022). Las mujeres se realizan diversas pruebas para confirmar que todo está funcionando correctamente para corregir o promover prácticas de cuidado de acuerdo con el estado en que se encuentran.

La correspondencia existente entre la necesidad de los controles y el seguimiento del bebé hace que se valore la realización de las ecografías, como lo comenta una participante: *“me parece que, cuando uno va a los controles deberían de hacer ultrasonidos, ya que en esta ocasión no me lo hicieron”* (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022).

Al mismo tiempo, el papel del médico se enfoca en comunicar los procesos biológicos de la mujer durante el embarazo, en relación con el deber y saber de su profesión. De ahí que, los espacios de consultorías se consoliden como escenarios de acción para los controles prenatales, donde se conjuga la práctica médica con las experiencias de las usuarias. Desde la atención recibida una participante comenta: *“los controles míos fueron presenciales me tocaban en el hospital. Me tocó una doctora bien. Me mandaban los exámenes yo me los hacía, normal. Las citas siempre fueron en la tarde, a la hora que era me atendían”* (Interlocutora 12, Montelíbano, 2021). De manera similar otra comparte lo siguiente: *“que eran muy bien (hablando de la doctora), porque cada cita que tenía me iba diciendo como iba mi bebé, como iba evolucionado con mi embarazo”*

(Interlocutora 6, Montelíbano, 2021). Desde la práctica médica se espera que el profesional a cargo brinde el espacio de atención que facilite la capacidad de hablar sobre el embarazo, los resultados de los exámenes e inquietudes, todos ellos desde la posición del profesional, que en últimas es quien modela el estilo de vida de las mujeres durante la gestación, gracias a los avances tecnológicos, a la capacidad de atención y a la mejora de la infraestructura es que la cobertura institucional del embarazo y el parto tiene un impacto importante en la vivencia de la maternidad para las mujeres.

7.2.1.2 Atención prenatal presencial y virtual

El acceso a los centros de salud para los controles durante el embarazo en algunos casos estuvo limitado por la pandemia de Covid-19. La atención prenatal en la pandemia hacia las mujeres permitió dar cuenta de la legitimización del campo biomédico en las etapas reproductivas de la mujer en el contexto hospitalario y también identificar que las respuestas para mitigar los impactos negativos de la pandemia presentadas en el sector salud corresponde igualmente a la promoción de los mismos parámetros biomédicos.

Como resultado, las nuevas estrategias para el seguimiento del embarazo de las usuarias fueron: el monitoreo del estado de la madre por llamada, servicio a domicilio para entregar exámenes y medicamentos, poco acceso a los centros de salud y el empleo de acuerdos sanitarios preventivos. Para conocer dichas estrategias una participante comenta su experiencia:

Durante los controles estuve con una doctora. Fue buena la atención, estuvo muy pendiente ya que me llamaba mucho. En el tiempo que estuve en embarazo fue de manera virtual, las citas eran por tele consultas, ella me llamaba y me preguntaba: que cómo estaba, decía que me cuidara mucho. Los medicamentos que me recetaban mensualmente me los enviaban acá a la casa... me parece muy bien, porque siempre estaban pendiente llamando, a ver como estábamos y como nos sentíamos, que si teníamos algún síntoma que

fuéramos a urgencias. Me gustó mucho porque no teníamos que ir, sino que nos pedían la información y nos mandaban todo a domicilio, los exámenes nos preguntaban la referencia del examen y nos decía si estaba bien o no. Me pareció muy bien para que no nos expusiéramos al virus al momento de ir al hospital. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022)

El relato anterior, hace alusión a la receptividad que tuvo la mujer en aceptar las estrategias implementadas por los centros de salud durante la atención prenatal en medio de la emergencia sanitaria. En el que la actitud de ella fue mediada por el acompañamiento que recibió en medio de la cuarentena; además, los procesos médicos como los exámenes y recetas de medicamentos también fueron importantes para aportarle tranquilidad sobre el desarrollo del embarazo, aun cuando no había monitoreo del bebé, debido a que eso repercutiría en la posibilidad de contagio.

Las respuestas estratégicas a las necesidades de las mujeres durante la gestación en la pandemia en algunos casos fueron satisfactorias, y en otros no, como lo enuncian a continuación:

Tuve consultas presenciales en los dos últimos meses de embarazo. La verdad no veo diferencia entre los dos métodos, ya que cuando fue por tele consultas estuvieron muy pendiente y cuando fui la atención fue muy buena. Yo no lo sentí muy diferente, porque estuvieron muy pendiente en todo momento como si hubiese sido presencial, no vi diferencia por ser por tele consulta ni sentí que me abandonaron, la verdad no. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2021)

En el caso expuesto arriba, la participante prioriza el acompañamiento, razón por la que resalta que se estuvo pendiente de ella, tanto por teleconsultas como presencial durante el control prenatal. Desde la atención cuando hay oportunidad a que la mujer sea escuchada, acompañada y comprendida la experiencia se hace satisfactoria, aun cuando no se prioriza los procedimientos médicos. Sin embargo, otras participantes si hacen una distinción entre ambos métodos de control, una dice así: “*aunque los controles médicos fueron presenciales, porque yo tuve el bebé en febrero*

de este año, los dos últimos si fueron llamadas. ¿Cómo sientes que fueron los controles por llamadas? No son iguales, porque presencial te explican más bien” (Interlocutora 6, Montelíbano, 2021). Esto hace alusión al cambio de disposición que tenía el profesional para dar seguimiento a la paciente, que en últimas se va a reflejar en que la participante priorice la comunicación y el espacio físico en la explicación de los exámenes, como manera de crear cercanía con el doctor. Por otro lado, otras participantes prefieren los procedimientos antes que el acompañamiento, una comenta que: *“sí, hay una diferencia entre las consultas presenciales y por llamada, no es lo mismo que te hablen a que te revisen*” (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022). Otra participante agrega lo siguiente: *“mejoraría que puedan atender presencial para saber cómo está el bebé y uno, porque por llamada no se sabe cómo está el bebé ni uno*” (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021). A continuación, sigue diciendo:

“Los controles fueron por tele consulta, yo me sentí mal porque como había presentado el sangrado con él bebé no era igual la manera de saber cómo el bebé iba creciendo y cómo se le sentía el corazoncito, si fuese presencial. Entonces yo lo que hacía era pagar medico particular para que me mirara, porque como no podíamos ir al hospital él era quien me miraba. Después los últimos controles que tuve fueron en la clínica de manera presencial” (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021).

En el último relato, la participante prioriza los procedimientos médicos, porque primero, hubo amenaza de aborto y segundo, la socialización de la importancia de los controles durante el embarazo siempre son direccionados por las ecografías, exámenes y guías médicas, lo que ha legitimado la atención médica en los procesos reproductivos, es así que cuando esto no sucede la incertidumbre sobre el bienestar del bebé y la madre aumenta, catalogando la atención como insuficiente o insatisfactoria, de ahí la necesidad de acudir a médicos particulares. En los primeros

dos casos, durante los embarazos no presentaron ningún riesgo y sí hubo acompañamiento médico de manera presencial, por lo que tener la oportunidad acudir a las citas legitima la pertinencia de los monitoreos y controles durante la gestación.

De manera que, en el marco de la atención biomédica las prácticas médicas se han posicionado por encima de las relaciones entre doctores y usuarias. Por lo que, aspectos direccionados hacia expresar las emociones y situaciones que se generan durante el embarazo desde el punto de la madre en algunas mujeres va a tener mayor validez para catalogar como buena la atención recibida; contrario también, que una buena atención para la mujer sea únicamente el cumplimiento de los procedimientos médicos en favor del bienestar del bebé. Aun así, para que la interacción entre las mujeres y los doctores sea positiva se debe conjugar el dialogo asertivo con las practicas pertinentes para garantizar un estado de salud integral en el embarazo.

7.2.2 Parto

Para realizar un análisis sobre las prácticas y conductas de los profesionales es necesario conocer el modelo asistencial que se presenta en los centros de salud durante el parto. Según las estrategias de atención prenatal las mujeres son guiadas a dar cumplimiento de los protocolos hospitalarios antes de empezar con el parto. Una participante comparte su experiencia:

Después de estar en la sala de espera me metieron al baño, me dijeron que me quitara la ropa y que me colocara la bata, un gorrito y la cosa de los pies. Me dijeron que esperara hasta que me llevaran al quirófano, no sabía cómo iba a salir todo, tenía mucho nervio. Después llegaron las enfermeras, me llevaron a la sala de parto, me sentaron para ponerme la anestesia, en eso me preguntaron cómo me sentía, y les dije que estaba muy nerviosa y asustada, ella me respondió que me relajara que si no se iba a complicar más el parto y me atacaron más los nervios.

Me acostaron y me tocaron los pies para ver si sentía y les dije que sí. Al ratico otra vez me tocaron, pero ya no sentía. Empezaron la cesárea, yo quería sentarme para ver cómo era eso, pero no podía porque me tenían agarrada de los brazos por lo que no podía ver. (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021)

En consonancia, cuando las mujeres cumplen el protocolo se inhibe las emociones. Para brindar mayor claridad sobre este punto, una interlocutora comenta lo siguiente:

Durante el parto estaba anestesiada, pero estaba despierta. El doctor me dijo que me sentara que me iban a colocar una inyección y no la sentí, ni sentía el movimiento. Yo me sentía muy estresada y lo más trágico es que uno se da cuenta lo que están haciendo. (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021)

La participante, vivió una cesárea estresante porque veía cómo se realizaba la operación. Las cesáreas cuando se realizan se hacen desde el supuesto que lo primordial es realizar un buen procedimiento, por lo que la mujer y lo que ella experimenta queda sujeto a sí misma, quien es quien debe saber regular sus emociones para que no haya complicaciones durante la intervención. En el caso del parto vaginal, las emociones acciones estarán más en unión con la mujer que vive el parto.

En relación con lo anterior, una participante comenta lo siguiente:

Yo llegué, me ingresaron, me llevaron a sala de parto y me hicieron el tacto y me dijo que estaba en tres y me colocaron en la camilla para canalizarme. Había una paciente antes que yo, después me atendieron. Yo sentí que no era hora porque no habían preparado una sala para mí, me colocaron en otra sala que hacía mucho calor, era como improvisado. Luego sentí un dolor fuerte y fue cuando dije que ya iba a tener bebé, rompí fuerte y me pasaron a la sala de parto.

Sentí que se me fueron las fuerzas durante el parto. El médico me dijo que tomara fuerzas, que cuando me dieran las contracciones las sostuviera todo el tiempo que pudiera y que pujara hasta que el bebé asomara la cabeza. Pero yo me estaba quedando sin fuerzas, así que me dijeron que hiciera el último esfuerzo porque el bebé también venía. Entonces, tienes que tomar fuerzas de donde no las tengas y sacar al bebé. (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021)

7.2.2.1 Violencia simbólica

Durante la atención del parto vaginal la interacción depende de unas lógicas instauradas en el campo médico sobre cómo enfocar la atención teniendo en cuenta el mantenimiento del control de las mujeres parturientas y el nacimiento del bebé. Se debe tener en cuenta es la diferencia que existe en la toma de control de las mujeres que van a parir por cesárea y las que paren por parto vaginal. Cuando es por cirugía, las mujeres se encuentran en una posición de pasividad provocada por la anestesia, por lo que actuar de manera similar no va a representar un riesgo negativo en la atención; contrario a cómo ocurre durante el parto natural, en el que las mujeres viven y lidian con el dolor de manera diferente, aun cuando las indicaciones son las mismas las respuestas son variadas. Regresando a la idea del control médico hacia las mujeres, pero teniendo en cuenta dicha diferenciación, nos lleva a que comprendamos que la atención no puede responder de la misma manera a las necesidades de las mujeres que se encuentran en labor de parto. Cuando la interacción médico-usuarias es la misma para todas las mujeres, de manera discriminada existe lo que se denomina cómo violencia simbólica.

La violencia simbólica abarca relaciones de poder traducidas por infantilización de la mujer, regaños, descalificar el saber y dolor de las mujeres e ignorar sus pedidos e incluso a ellas mismas. Durante la atención, cuando el proceso no es recíproco; sino que depende de un actor dirigir la relación por las lógicas de subordinación existente durante la atención es más fácil actuar

minimizando las consecuencias de las acciones abusivas, por ende, invalidar el dolor de las mujeres es más fácil, suceso que comenta una interlocutora: *“el enfermero que me pasó al cuarto, porque me tiró de una camilla a otra, ¿le dijo que la incomodó? Sí, le dije y lo que hizo fue echarse a reír. Fue la única experiencia que tuve”* (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021). Este acontecimiento comunica una relación autoritaria, basada en reducir a la mujer a algo que tiene que ser movido, porque ya la acción protagonista fue realizada. Además, niega el dolor de la mujer quien acaba de salir del trabajo de parto.

A continuación, se presentará un relato de una interlocutora quien fue víctima de este tipo de violencia durante su trabajo de parto, para entender cómo opera en el marco de la atención desde el sistema de salud:

Cuando fui a tener a mi niña llegué al hospital, al principio fue bien. Dije que tenía dolor de parto, pero la muchacha me dijo que no parecía que fuera a parir, aun así, ingresé. Cuando llegué con el médico, él muy seco me preguntó que, si del uno al diez en cuanto tenía el dolor, le dije que seis. Ese medico era muy brusco. Cuando me hizo el tacto salió guapo, que era una cobarde que, si era mamá primeriza, yo le dije que no y me dijo ¿entonces?, a lo que respondí que él no sabía lo que se siente, que él nunca iba a tener un dolor parecido y terminó más enojado hasta con grosería.

Después me dijo que tenía que caminar sin hacer fuerza porque si no rompería el cuello uterino, yo empecé a caminar, pero la contracción seguía. Luego me dirigí a la sala de parto, me realizó otro tacto y dijo que aún no estaba, entonces seguí caminando hasta que me cansé y me senté, el me vio y me regañó diciendo que no me sentara que tenía que caminar sino el bebé no iba a bajar. Muy brusco el médico.

Cuando yo sentí que era tiempo subí a la sala de parto, el me hizo otro tacto y me dijo que estaba en nueve y medio, yo le dije lo siento, pero yo de aquí no me bajo porque

no iba a volver a subir nuevamente. Mientras que faltaban el medio centímetro me quede acostada, me dejaron ahí como cualquier cosa, y los médicos pasando preguntándome que, si era primeriza. Después le dije al médico que no podía más, me respondió que: yo era una cobarde, vea ya desgarro el cuello yo le dije que no pujara. A lo que respondí que no pujé, pero que sentía que ya venía.

En el desespero por el dolor yo no tenía que ver con nada, me quite el interior y me regañaron el médico y la enfermera diciéndome que me colocara siquiera una toalla, pero no podía estar desnuda, aunque yo tenía la bata. Cuando me sentaba porque estaba cansada también me regañaban, que no podía estar sentada. Cuando me fueron a canalizar, mi piel es un poquito dura, entonces decían que, si porque tenía la piel así, que la aguja no entraba. Que yo tenía la piel reseca, que me la hidratara. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2021)

Se observa desde el primer momento, comentarios que invalidan y niega el hecho de que la participante está en labor de parto aun cuando ella es quien vive el proceso. Durante las indicaciones antes del parto la participante fue recriminada y culpabilizada por no acatar dichas indicaciones. Progresivamente hay una predisposición a actuar autoritariamente por parte del doctor en el que se le infantiliza y juzga constantemente a la mujer preguntándole si es madre primeriza, ya que las acciones de ella frente a la experiencia del dolor no fue acorde a como lo espera el personal sanitario para mujeres que ya son madres, ya que ellos esperan que las usuarias se comporten de manera abnegada frente al dolor, sean pacientes mientras pasan las contracciones y que practiquen la obediencia cumpliendo las indicaciones. El comportamiento abusivo y grosero por parte del doctor y el ignorar a la mujer por parte del personal sanitario restante hace alusión a las reprimendas que se le hace a las mujeres que no adoptan el comportamiento pedido y esperado por los profesionales en salud durante la atención.

Cabe resaltar que, los episodios de violencia simbólica que vivió la participante empezaron desde que llegó, no corresponde únicamente al doctor que la atendió, sino también por parte de enfermeras y recepcionistas.

Otra manera de explicar cómo opera la violencia simbólica durante la atención es ignorar que se es víctima de negligencia por parte de los doctores y asumir que así es la atención normalizando el abandono y atención adecuada. Ejemplo de ello es lo que siguiente: “*yo no tuve ningún incidente con el parto, gracias a dios la atención fue excelente y todo salió bien*” (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021). Hecho que no es cierto, porque después comenta:

Yo me fui para la clínica a las 2 de la tarde a la cita con el anesthesiólogo porque me iban a realizar una cesárea, pero se me adelantó el parto dos días antes. Los médicos me decían que no parecía que iba a alumbrar que me veía muy tranquila, yo le dije: “para que se fije que ya estoy que alumbro porque estoy manchando”, yo no creo, decía él. Entonces yo le decía que ya iba a nacer y el nada... me tenían en sala de espera, yo estaba apurada y le dije al doctor que ya estaba que alumbraba. Le dije a mi hermana que iba a alumbrar, yo estaban en el baño, pasó una doctora y vio que yo estaba apurada. Me subieron enseguida para alumbrar, me hicieron el tacto, me reventaron la fuente y enseguida salió él bebe. (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021)

La participante, asume que por el hecho de haberla atendido y tener el bebé sano la atención fue buena. Tomando como normal la falta de asistencia ante su parto, el abandono sufrido y la atención de emergencia, que se pudo haber impedido si se le hubiese prestado la importancia que requería durante su trabajo de parto.

Siguiendo con el mismo razonamiento, se puede explicar mejor desde la experiencia de una interlocutora quien comenta sobre la falta de consentimiento para permitir ser vista por médicos aprendices en su trabajo de parto, por lo que fue violada su intimidad cuando fue atendida:

Eso es engorroso porque dos o tres personas lo estén viendo las partes íntimas a uno sin el consentimiento previo. Uno si firma un consentimiento sobre el procedimiento, pero no sobre las personas que te van a ver. Pero como uno es el que se siente apurado esperando a que le saquen el dolor, no dice nada. Pero si fuera por mí no quisiera que tanta gente me viera, sino la auxiliar. (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021)

7.2.2.2 Violencia institucional

En consonancia, en torno a la atención cuando se decide confiar en los profesionales, hay actitudes y comportamientos que no satisfacen las expectativas en la atención que tenían las mujeres durante el trabajo de parto, sea por falta de empatía, hostilidad o sentimientos de malestar durante la atención.

Ejemplo de lo anterior, una de las mujeres le tocó experimentar como fue burlada e ignorada mientras pasaba por las contracciones, ella platica lo siguiente:

Cuando estaba con los dolores estaba solamente con mi suegra y el camillero que andaba por ahí. Él lo que hacía era burlarse de mi diciendo que pujará en tono de chiste será, yo en ese momento no entendía, sino que me daba rabia. Yo le decía a mi suegra que como no era él quien sentía los dolores estaba burlándose. Al momento que vio que era enserio los dolores el corrió. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022)

En el caso anterior la participante contaba con compañía antes del parto, pero hay casos en los que las mujeres se encuentran solas, una participante habla sobre el estar sola en la sala de operaciones, ella dice así: *“la atención no es buena, porque me dijeron que estuviera a las nueve, pero me hicieron la cesárea a las diez y me terminaron de operar a la una de la tarde, en todo ese tiempo estuve sola”* (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021). De manera similar otra de las mujeres comenta lo siguiente: *“no me dijeron te vamos a colocar esto eso, si no que me colocaron la anestesia y me hicieron la cesárea enseguida. Yo cuando entre allá no dejaron entrar a nadie,*

solamente a mí” (Interlocutora 6, Montelíbano, 2022). Al estar en un momento tan crítico como es el parto, el apoyo que buscan las mujeres en sus acompañantes no lo encuentran, debido a que desde el sistema protocolar y asistencial a las mujeres se les desvincula de sus acompañantes dejándolas solas al momento del parto. A razón de esto, el sentimiento de estar desprotegidas se agudiza cuando el profesional sanitario no brinda información sobre los procedimientos, apoyo ni acompañamiento, si no que cometen abusos contra la mujer.

En consonancia con lo anterior, la manera en la que se desarrolla la atención desde la poca aceptación del sentir de la mujer, el *habitus* médico dirige la atención desde el cumplimiento de los procedimientos, una de las participantes comenta lo siguiente: *ellos preparados si están para atenderme, pero lo que pasa es que de pronto se confían mucho y no le prestan atención a las maternas que van a dar a luz, como saben todo el proceso de los dolores* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022).

Para brindar mayor claridad sobre cómo afecta el *habitus* médico en la atención perinatal, una de las mujeres da cuenta sobre como su experiencia no fue positiva ni gratificante durante su trabajo de parto:

No le ayudan a uno a subirse a la camilla. Cuando uno se va a subir a la camilla uno tiene dolor por lo que se siente incómodo, pero no ayudan, solo te dicen “cuidado se resbala”, pero no le dan la mano a uno. Entonces, empiezan a decir bájese un poquito más, baje la nalga, no puje que se desgarras. O sea, los dolores vienen por sí solo y uno no puja porque nos da la gana ni para que el bebé salga más rápido, sino que uno puja cuando vienen los dolores.

Pues yo pienso que no me tenían paciencia. Yo no sé, pero talvez porque es hombre y no sabe lo que duele un parto y uno quiere que acabe rápido. Entonces él no tiene la

paciencia para decirle a uno cálmate, esto se va a pasar, no te preocupes. Ninguno me dijo nada y menos dejaron pasar a mi acompañante a la sala de parto.

Cuando la niña ya salió él me dijo que me tenía que coser el cuello, me pusieron la anestesia, pero no me funcionó porque yo sentía todo. Cuando el metía la aguja dentro del cuello lo hacía de manera brusca por lo que me movía y él me decía que no me moviera que bajara la nalga, yo le decía que me dolía, él me respondía no, no sea cobarde.

Él también fue muy brusco. En mi primer parto me habían picado y la doctora fue muy cuidadosa, pero acá no. Yo sí sentí la diferencia en que fuera un hombre y una mujer, bueno no sé si todos los doctores son así, pero me tocó ver que fue muy brusco.
(Interlocutora 11, Montelíbano, 2022)

7.3 Experiencias en la atención biomédica durante la gestación y el parto

Este último capítulo se centra en analizar las experiencias de las mujeres en el marco de la atención obstétrica desde la perspectiva de la mujer. Con el objetivo de brindar un espacio para dar a conocer los sentimientos que experimentan las mujeres durante la primera etapa de la maternidad, para así conocer las vivencias y los aspectos que influyen en como ella perciben la atención en el contexto biomédico en relación con la salud.

7.3.1 Embarazo

7.3.1.1 Sentimientos y emociones durante la atención prenatal

Los sentimientos y emociones frente al recibimiento del embarazo se conjugan con la decisión de empezar los controles prenatales desde el servicio prestado por las entidades de salud. En el que la atención obstétrica abarca las pruebas, análisis, ecografías y la interacción con los profesionales durante la atención, pero también los miedos, felicidad, preocupaciones y malestares hacen parte del proceso. Es así como, el embarazo induce el nuevo rol de la mujer, en el que ella

participará de las lógicas que le permita instruirse sobre esta etapa y dar seguimiento de la misma.

Una de las participantes comenta su experiencia:

Como yo no sabía que estaba en embarazo sino hasta los tres meses, fue ahí cuando me metí a control. A mí me fue excelente porque no me dio nada, sino comer y dormir no supe que fue vomito. En los exámenes me fue bien, pero a lo último uno me salió con una infección de orina y me hospitalizaron durante cuatro días en la clínica, tuve fiebre. Luego me mandaron un tratamiento para quitar la infección y salí bien. En los últimos exámenes me mandaron monitoreos.

Esos exámenes eran fatales porque tenía que acostarme boca arriba demorando casi media hora amarrada desde la barriga, eso era mortal para mí. Cuando me mandaron los tres monitoreos para ver el corazón del bebé, esos me lo realizaban una enfermera en la clínica regional. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022)

A su vez, otra de las interlocutoras comenta lo siguiente:

Empecé mi control prenatal a los 2 meses. Antes de empezar control tuve que ir a urgencias porque vomitaba todo y ahí fue que supe que estaba en embarazo, por lo que él médico me dijo que me tenía que poner en control. En el primer control me mandó examen de VIH y sífilis que son los primeros exámenes que le hacen a uno normalmente, de ahí seguí de control de mes a mes en el hospital. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2021)

En ambos relatos, se observa como la noción frente a la maternidad esta direccionada hacia el seguimiento técnico y científico, que permite a la mujer reconocer las etapas del embarazo, en el que ella se someterá a prueba y exámenes con el objetivo de procurar el bienestar y salud del feto. Lo anterior ocurre por la desconfianza que existe de vivir un embarazo sin control ni monitoreo, ya que esto supone mayor probabilidad de que haya riesgos de aborto, mal desarrollo del bebé y presencia de enfermedad en la mujer.

A partir de lo que las participantes compartían sobre sus emociones frente a la noticia del nuevo embarazo, se encontró que hay una similitud en cómo ellas asumen la maternidad con la responsabilidad que tiene consigo ser gestantes, es decir, que en función del nuevo rol que integran en sus vidas sus comportamientos, actitudes y sentimientos estarán enfocados en el bienestar del bebé. Es así como, la manera en que la mujer vive la maternidad comprenderá situaciones particulares de su vida socioafectiva, en el que los aspectos que más influyen en cómo se sienten frente al embarazo tiene que ver con el apoyo de la pareja, el número de hijos, la edad de los hijos y el momento en el que ocurre el embarazo no esperado, integrando a su vez las situaciones que viven en el contexto hospitalario.

Una de las interlocutoras comparte su experiencia cuando se enteró del embarazo:

Cuando me enteré que estaba en embarazo tenía miedo porque tenía un mes de haber salido del virus, entonces empecé a tomar vitaminas. En el embarazo tenía miedo de que el bebé me fuera a salir con problemas, además como la gente me veía en embarazo empechaban a decirme: tú en embarazo, ojalá y el niño no salga con ninguna enfermedad. Yo lloraba porque me daba miedo. (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021)

En el relato se evidencia como hay una relación entre procurar el bienestar del hijo por medio del consumo de vitaminas con la responsabilidad que la mujer tiene para que el desarrollo de este sea saludable, razón por la que los miedos y preocupaciones sobre la gestación se presentan a lo largo del embarazo.

En relación con la responsabilidad que se le atribuye a la mujer sobre la gestación esta se incrementa cuando no hay apoyo por parte del padre del futuro hijo, ya que al sentirse/estar sola los sentimientos de tristeza y miedo se incrementan al darse cuenta de que ella es quien asume todo el compromiso. Por lo que, es importante para la mujer que acepta la maternidad el tener el acompañamiento por parte de su pareja sentimental para compartir la responsabilidad y que él

contribuya de manera positiva en brindarle un estado emocional óptimo, en beneficio también del hijo. Una de las mujeres comenta lo siguiente:

Me sentí muy bien, aunque cuando yo me enteré me puse muy triste porque cuando yo tuve los dos embarazos anteriores me fue muy mal en relación con mi esposo. Porque yo pensaba que él se aprovecharía que estaba en embarazo para irse y dejarme ahí... pero no, este embarazo fue diferente porque yo vi que el cambio mucho. (Interlocutora 10, Montelíbano, 2022)

Este testimonio permite observar cómo los sentimientos y la postura que adopta la mujer frente a la noticia esta mediada por las relaciones afectivas. De ahí que la experiencia de la maternidad comprende no sólo el hecho físico y biológico de procrear vida, sino que también integra otras lógicas que influyen el desarrollo del embarazo. De manera similar, otra interlocutora dice: “*en el embarazo anterior yo lloraba mucho, pero en este no lloraba, sino que vomitaba y vivía mareada. Sentía apoyo de mi pareja* (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021). En ambos relatos, las mujeres expresan como afrontaron los embarazos anteriores sin ayuda de la pareja, pero que en el último embarazo sí recibieron el apoyo que necesitaban. Por lo que el miedo ya no se manifiesta como una respuesta hacia el sentirse solas y únicas responsables del embarazo, sino que este responderá a la falta de control que tiene la mujer para garantizar el bienestar del bebé, por lo que ingresan a los controles prenatales, para reducir los miedos y preocupaciones.

Por otro lado, frente a un embarazo no esperado la mujer experimenta distintos sentimientos, debido a que no hay una sola manera de expresar ni de vivir la maternidad, ya que esta está condicionada por la esfera social en la que se encuentre la mujer, repercutiendo en la relación con el feto. Para dar mayor claridad sobre este punto, una de las interlocutoras dice lo siguiente: “*al principio me dio tristeza, porque al ver a mis otros hijos grandes y quedar nuevamente embarazada fue difícil, pero después que supe que era una niña me puse alegre*”

(Interlocutora 8, Montelíbano, 2022). Otra se expresa diciendo: *“tuve una etapa crítica con una emoción muy fuerte, pero la superé pensando en mi bebé para que no afectará la gestación”* (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022). Por último, una comenta: *“me sentía mal porque la primera niña aún estaba chiquita y estaba chupando teta, y todavía no la esperaba. Lo más difícil fue tenerla”* (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021). Los casos presentados muestran como las mujeres aceptan el hecho de estar embarazadas de manera diferente por estar situadas en contextos y situaciones distintas. En los relatos, la noticia ante un nuevo embarazo se caracterizó por una etapa de aceptación, manifestada en principio con sentimientos de preocupación, miedo y tristeza, pero después de pasado este momento la maternidad es asumida desde las lógicas e ideal que se tenga sobre la maternidad, por ende, las emociones que puedan afectar el correcto desarrollo del feto se evitan.

A medida que el embarazo progresa la relación de la mujer con el bebé despertara otros sentires. Así como lo comenta una de las interlocutoras: *“estaba muy contenta porque sabía que estaba terminando. Con mi pareja también. Y como me mandé a operar sabía que era la última bebé, así que, estábamos muy emocionados”* (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022), otra comparte lo siguiente:

No pasaba muy contenta, pasaba aburrída y estresada porque fue durante la pandemia, por lo que pasaba encerrada. Lo más difícil del embarazo fueron los primeros meses ya que vomitaba mucho, todo me caía mal y me dolía mucho la panza. Después de cierto tiempo se me pasó, sentía que la bebé se me movía, fue chévere. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022)

Las mujeres en los enunciados anteriores, muestran como la conexión entre ambos trasciende por los estímulos externos que presencie la mujer, sean estos las decisiones que involucren a terceros, a los ambientes en los que esté expuesta y a las relaciones con otros; pero

también, por los mismos estímulos que parten del bebé dentro del vientre, como los movimientos.

7.3.2 Parto

7.3.2.1 Sentimientos frente al parto

Durante las entrevistas se les preguntó a las mujeres si recibieron preparación para el momento del parto, todas dijeron que no. Solo una mencionó que antes del parto el doctor encargado de la cesárea, habló con ella y las demás mujeres que iban a parir para orientarlas un poco sobre el procedimiento. Ella nos dice así:

Yo si tenía dudas, pero no dije nada porque el doctor que me iba a operar tuvo una charla con todas nosotras antes de ingresar a cirugía, porque él decía que teníamos que estar tranquila y sin nervios porque se complicaba la situación tanto para nosotras, los bebés y ellos. (Interlocutora 7, Montelíbano, 2022)

El acercamiento que tuvo el doctor con ella no estuvo orientado hacia informarle los procedimientos que se iban a realizar en su cuerpo, sino que se enfocó en indicar cual debía de ser la actitud que la mujer tenía que adoptar para no complicar el procedimiento. Esto nos lleva a plantear que, la vivencia del parto, sea esta positiva o negativa, va a depender de si la mujer conoce o desconoce los procedimientos que se van a realizar en ella. Para dar claridad en este punto, una participante relata su experiencia en el primer y segundo parto:

En la cesárea yo tenía mucho miedo porque no sabía que me estaban haciendo allá abajo, ¿porque te agarraban los brazos? Pues, como uno no se puede levantar porque le tienen cogido la presión y los dedos también con algo ahí, me decía que no podía levantarme y que no hiciera esfuerzo.

Con el último embarazo me relajé más, fue en la clínica. Ahí ya no tenía tanto miedo porque ya me habían hecho una. Me atendieron una ginecóloga, unos enfermeros y unas enfermeras. ¿Cómo fue el procedimiento? yo me fui para la clínica con dolor bajito el

vientre, fui primero con mi cuñada y al día siguiente me dijeron que era para cesárea. Me dijeron que me relajara, me mandaron a quitarme la ropa y me puse una batica, me entraron al quirófano todo fue normal me hicieron la cesárea, yo estaba consiente todo normal. (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021)

En el relato se hace alusión a dos momentos. En el primer parto, el miedo se manifiesta producto de no saber que sucederá y ni cómo se llevará a cabo el parto. El segundo momento, el miedo ya no es un condicionante para la mujer, ya que ella experimentó el proceso y conoce como se realizan los procedimientos y el resultado de la práctica médica. Pero nótese que en ningún momento ella hace referencia a que se le habló sobre cómo iba a desarrollarse el parto, esto último es un aspecto importante a considerar para comprender el porqué de las actitudes, sentimientos y percepciones de las mujeres sobre su labor de parto.

7.3.2.2 Mujeres protagonistas de sus experiencias

En los relatos presentados en los capítulos anteriores sobre el momento del parto, las mujeres expresaron cómo el sentimiento de angustia y miedo se incrementaba a medida que el nacimiento de el/la hijo/a se acercaba, en el que dicho sentimiento aumentaba cuando se tenía expectativas sobre si recibirían una buena atención que respondiera a sus necesidades. Ahora se expondrá cómo las mujeres perciben el momento de su parto situándolas a ellas como protagonistas para conocer las actitudes que adoptaron para vivir el proceso. Una de las interlocutoras comparte su experiencia diciendo:

A la hora de yo tener a Kilian fue rápido en cuanto a los dolores. En ese momento me hicieron el tacto, supuestamente estaba en seis, a los diez minutos me pasan a la camilla y era momento de tener al bebé. Sentía mucho frío y tenía sueño, siempre me da sueño cuando voy a tener bebé. Mi mamá me decía que caminará, pero no me daban ganas de caminar yo le decía que me dejara sentada aguantándome mi dolor.

Le dije a mi mamá y me acompañó, a diferencia de los otros embarazos, este fue más demorado, pero no tan doloroso. Con los otros apenas me llegaban en la mañana y en la tarde ya tenía bebé, pero con este me dieron dolores en la mañana y tuve el bebé más o menos a las 2 de la mañana del siguiente día. (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021)

Otra de las participantes comenta lo siguiente:

Mis partos con los 4 niños han sido súper bien, porque a mí me dan los dolores tres veces y listo. Mientras me dan las contracciones yo me quedo en la casa, y mi mamá diciéndome que tengo que ir al hospital, yo le respondo que voy cuando sienta los dolores en verdad. Cuando fuimos al hospital imagínate que el niño ya estaba por salir, o sea, los partos míos son muy ligeros por lo que los doctores me regañan es por ir muy tarde. (Interlocutora 13, Montelíbano, 2021)

En sus experiencias las mujeres dan cuenta de las decisiones que toman en el trascurso del parto. El decidir el momento para acudir al centro de salud, el vivir el dolor de las contracciones de la manera en que ellas pueden sobrellevarlo, aun cuando incumplen con las indicaciones por parte de los profesionales, y la figura de apoyo que tienen al empezar la labor de parto son aspectos que ayudan a comprender cómo la mujer actúa en facultad de conservar su individualidad, aun cuando esta quiere ser arrebatada por la excesiva medicalización e intervenciones.

Cuando la mujer empieza su proceso de parto, pero este no avanza conforme al tiempo esperado desde el campo biomédico la medicalización para acelerar el proceso de parto se hace inminente. El proceso de parto normal y el tiempo que tarda algunas mujeres en que la dilatación llegue a 10 en algunos casos se hace extensa, pero aun así ellas no contemplan la posibilidad de inducir el parto, esta decisión queda a criterio del doctor arrebatando consigo toda capacidad de decisión que puedan tener las mujeres sobre el parto. Una de las interlocutoras comenta la experiencia de su primer parto hace ocho años.

¿Al momento de sacar él bebé le apretaron el estómago o le hicieron un procedimiento inyectándole algo para adelantarlo? No, porque fue cesárea, pero con la niña sí.

Cuando estaba en montería me hicieron un parto inducido, ellos cuando ven que uno no ha dilatado a diez le colocan la inyección. Se pasaron de dosis. El médico después que pasó lo que pasó se asustó y no volvió a dar la cara.

Lo raro es que cuando yo llegué a mí me atendió primero una doctora, cuando fui a parir ella ya no estaba porque habían cambiado de turno. Entonces, me atendió un doctor y me dijo: súbete a la camilla y yo aún no me había subido y me dijo súbete a la camilla, me subí y enseguida me dijo que pujara y empezó la enfermera a inyectar. Entonces según yo ya estaba a tiempo. (Interlocutora 3, Montelíbano, 2021)

Otra de las interlocutoras, en una experiencia más reciente comparte lo siguiente:

Durante el parto todo estuvo bastante intenso. Demoré treinta y dos horas con dolores empezando desde la casa. No me daban tantas contracciones, sino como un cólico. Llegué a la clínica como a las siete estando en tres, se hicieron las diez y no había subido ni un centímetro de dilatación. Después, a eso de las doce, me colocaron unas pastillas para acelerar el proceso del parto, porque tenía demasiado tiempo y no avanzaba ni tenía líquido, ahí si me empezaron los dolores, ya no aguantaba, era demasiado fuerte.

Él me realizó tres tactos solamente. En el primero me dijo que estaba en tres, en el segundo que apenas había subido uno solo y en el tercero que fue cuando me pusieron las pastillas, en ese momento solo me dijo que me iba a “poner dos pastas para acelerarme el proceso” pero no me dijo el nombre ni nada más, yo estudie regencia en farmacia entonces me imagino que fueron las de Cytotec, ya que son las que se utilizan para eso.

Después rompí fuente, llegó el camillero y me subió a la camilla. Eso fue subiéndome y naciendo el bebé, No demore nada; fueron dos pujos, puje una vez salió la mitad, luego otra vez y salió el resto. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022)

Otro caso de como la excesiva intervención médica se presentó en el centro de salud cuando una de las participantes estaba en la sala de parto, ella comenta:

Yo pienso que deben estar pendientes porque antes de yo salir de la sala de parto, había una chica que tenía ocho meses y medio de embarazo le estaban induciendo el parto a la fuerza porque según se le estaba pasando el tiempo, pero ella no tenía ganas de parir. Ella lloraba y decía que no tenía ganas de dar a luz, que apenas tenía ocho meses y medio. Entonces le pregunte el por qué le pusieron esas pastillas, ella me dijo que le habían puesto dos pastas abajo y arriba en la lengua porque el ginecólogo le dijo que ya era el momento. (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022)

Por otro lado, para las mujeres las ventajas que proporciona este sistema, están relacionadas con la prevención del riesgo en materia de salud, el conocer el sexo con antelación al nacimiento, la fecha probable de parto e incluso el tipo de parto.

Pero en algunos casos, el tecnicismo y la intervención constante no garantizó seguridad ni confiabilidad a las mujeres sobre su labor de parto debido a que el seguimiento realizado por el ginecólogo no les proporcionó información a tiempo sobre cuándo y cómo tendrían a sus hijos, si por parto natural o cesárea. Y las consecuencias fue tener a sus hijos sin planeación.

El seguimiento de las semanas de gestación va fijando la fecha del posible parto, por lo que las mujeres en algunos casos deciden que su parto sea por cesárea para realizarse la operación de esterilización, pero el parto se adelanta ante la fecha que se tenía pensada, en el que finalmente se tiene un parto vaginal. Esto lo vivió una de las interlocutoras quien dice así: *“yo fui fue a la cita con el anesthesiólogo, pero apenas puse el pie en el hospital me atacaron los dolores. No demoré*

ni veinte minutos removida (con dolores) cuando tuve al bebé” (Interlocutora 1, Montelíbano, 2021). De manera similar, una de las interlocutoras estaba a la espera de definir el tipo de parto, ella comenta: *“yo no alcancé a ir a la última cita con el ginecólogo que era para definir si era por cesárea o vaginal”* (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022). Quiere decir esto, que la manera en que se estipula el tiempo de gestación y el parto no siempre corresponde al ciclo que la mujer tenga del embarazo, si bien la labor del ginecólogo es importante para conocer la fecha de parto y el tiempo del embarazo, también es cierto que no muchas veces es acertada, por lo que las mujeres no tienen claridad sobre la manera en que van a parir impidiendo que se puedan preparar para ello, como lo comparte una de las participantes:

Me planearon la cesárea para unos días después de parir, pero me dio dolor bajito, y me fui ocho días antes, porque ya tenía treinta y ocho semanas y cuatro días de embarazo. entonces me dijeron que, si qué estábamos esperando porque ya era tiempo. Al día siguiente me hicieron la cesárea.

Yo digo que, en el tiempo, acá porque demoraron mucho. También porque el ginecólogo me había programado la cesárea para el dos de enero, pero la niña ya se estaba pasando. Tienen que estar más pendiente de eso. (Interlocutora 5, Montelíbano, 2021)

Respecto a las experiencias de las participantes, las preocupaciones que surgen al encontrarse en trabajo de parto semanas antes de lo esperado generan desconciertos y un proceso de asimilación de que el parto ocurrirá en ese momento por el bienestar del bebé. Asimismo, el creer que se está en una etapa gestacional distinta a la que en realidad se encuentra la mujer, incide en que aumente las probabilidades de riesgo al momento del parto y que las mujeres tengan una experiencia no tan positiva, gracias a que los miedos, preocupaciones y nervios se presentan en la mujer viéndose desprovista de cualquier control o preparación. Una de las participantes comenta

su preocupación frente a la duda de quién le iba a realizar el procedimiento de sutura después del parto:

A mí cuando me fueron a atender eran dos practicantes un muchacho y una muchacha recuerdo que cuando me iba a coser el medico más viejo le preguntó a uno que si él quería hacerlo. Yo por dentro me dije que si él lo iba a hacer no me dejaría, para nada porque el apenas está aprendiendo. Pero el medico aprendiz dijo que no, que el apenas estaba aprendiendo. (Interlocutora 11, Montelíbano, 2022).

De manera similar otra de las mujeres sintió un trato diferente por parte de los doctores nuevos en su posparto, ella dice lo siguiente:

El lugar estaba limpio, lo que observé era que había muchos médicos nuevos que no estaban pendiente de uno como los antiguos, llegaban y decían: “buenas”, ella tuvo al bebé a tal hora y ya, no revisaban a uno, era más como un trato de robot porque no se interesan ni en tomar la presión. (Interlocutora 4, Montelíbano, 2021)

Como consecuencia las mujeres experimentaron desconcierto mientras conocían situaciones desfavorables en la atención, ya que al ingresar a los servicios en salud se espera que se garantice la calidad y seguridad en la atención y en los procedimientos médicos. Pero, todo lo contrario, la sensación de inseguridad fue surgiendo en la medida en que ellas estaban más controladas y coaccionadas por el modelo de atención.

Habiendo realizado un recorrido de la experiencia de la maternidad que conjuga los cambios fisiológicos, las emociones y la esfera social de la mujer, nos lleva a comprender que la gestación no es un proceso que incumbe solamente al campo biomédico, sino que todo lo que la mujer viva y perciba de su entorno trascenderá el embarazo. Es por esta razón, desde el campo biomédico se debe proponer métodos de atención más dinámicos, reflexivos y acordes a las necesidades de las mujeres, para que así ellas gocen en plenitud sus procesos reproductivos.

8. Discusión

La relación biológica y cultural de la maternidad durante el embarazo, parto y postparto, nos sitúa un panorama en el que el cuerpo es entendido desde su función fisiológica y a la vez, es mediado por el rol que se le ha dado a la mujer como madre socialmente. Por lo que, aspectos como los miedos, el dolor y el parto se vivencia de manera diferente en cada mujer, ya que actúan conforme a las representaciones sociales que infieren sobre la maternidad desde su contexto sociocultural. Pero a su vez la maternidad en el contexto biomédico se entiende únicamente desde su condición biológica, repercutiendo que las experiencias alrededor de la cotidianidad de la mujer no sean válidas, ya que la atención recibida se brinda desde un tecnicismo hegemónico inhibiendo la subjetividad de las mujeres.

La realidad social del nacimiento en nuestra cultura está construida desde visión hegemónica y patologizante que excluye a las mujeres implicadas, sus necesidades y saberes en los procesos reproductivos. “Las interpretaciones de la biología, realizadas por el cuerpo médico (...) han naturalizado este proceso, configurándolo como un común universal en el tiempo, en el espacio, y en todas las mujeres, invisibilizando de esta manera el carácter sociocultural que lo define” (Blázquez, 2005, p.13). Razón por la cual las experiencias de las mujeres son parecidas en el contexto biomédico. Lo anterior, es el resultado de siglos de intervenciones en el afán de monopolizar este campo como propio excluyendo saberes alternativos al científico.

Blázquez (2010), en su artículo expone la consecuencia sobre la socialización hegemónica de cómo las mujeres deben experimentar la maternidad. En el contexto sanitario hay un proceso de legitimidad y promoción sobre cómo la mujer debe comportarse una vez decide continuar con su maternidad, en el que dichas concepciones recaen sobre las mujeres parturientas. Donde por medio del protocolo hay actitudes esperadas sobre las emociones que deben de tener las mujeres al ser madres, pero que, de igual manera, se presenta un escenario de coacción que anula cualquier

significado diferente sobre cómo vivir la maternidad. La autora concluye que la maternidad es una experiencia construida por aspectos culturales, sociales y económico, más no por emociones naturales, como el “instinto materno” u otras creencias preconcebidas y esencialistas sobre el rol de la mujer en la maternidad, por ello se debe brindar mayor relevancia a las distintas maternidades.

En relación con las vivencias del parto en el contexto biomédico, nos dice Sadler (2004), que la mujer es concebida como “paciente en el mundo hospitalario, y como madre, en el contexto familiar y comunitario. Se podría realizar una primera lectura horizontal: la mujer al ingresar al hospital para dar a luz como paciente, se está transformando en madre” (p.5). Este hecho, comprende dos ritos de pasos diferentes, pero a la vez conectados. En el primer momento, pasa de ser una mujer embarazada dueña de sus capacidades y autonomía a ser una paciente necesitada del conocimiento médico para parir, recayendo en la intervención médica gracias a la construcción patológica del embarazo y parto que se ha construido en la modernidad. Y en el segundo momento, pasa de ser una mujer a ser madre en su contexto social, cultural, económico y sanitario en el que ya se le concedió todas las características y aptitudes sobre lo que esperan de ella en su nuevo papel.

La mujer entendida como paciente abre la posibilidad a otros de dominar y ejercer relaciones de subordinación y poder sobre ella, ya que “la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir el valor madre (...) y el sistema médico las puede despojar simbólicamente incluso de esa categoría” (Sadler, 2004, p.5). recordemos el caso de la participante 1. Es decir, la mujer posicionada como paciente se le concede un carácter enfermizo y anómalo que repercutirá en ser considerada como territorio, para ser mediado por quienes poseen el saber de cómo explorar el cuerpo e incluso persiguiendo un fin diferente al de la mujer, dándoles otros significados a la maternidad, muchas veces impuesto.

La autora termina concluyendo que, durante la atención biomédica el parto hoy día es una representación de la coacción y violencia del sistema patriarcal que recae sobre las mujeres, en el que tiene como finalidad eliminar cualquier conocimiento no hegemónico ni científico sobre la reproducción.

La maternidad vista desde otra perspectiva nos lleva también a plantear la dicotomía existente entre el parto como un fenómeno productivo frente al reproductivo, esto en el marco de los partos medicalizados tan extendidos en América latina. Belli (2013), plantea que, la medicina ha organizado la fecundidad y maternidad en el orden médico científicista, y como consecuencia ha desencadenado un control y regulación excesivo de los procesos sexuales y reproductivos de la mujer. Recordemos que en el caso de Colombia “el porcentaje de cesáreas excede el porcentaje de partos por cesárea previsto por la OMS y está por muy encima de las tasas de cesáreas de los países europeos de la OCDE” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.1). Desde esta mirada se induce que, la importancia de la maternidad no sólo radica en la reproducción biológica como proceso homogéneo, sino que también tiene relevancia en garantizar que esta reproducción asegure la fuerza de trabajo para mantener el capitalismo, es decir, la atención protocolar durante el embarazo, parto y puerperio tiene como objetivo garantizar el nacimiento de individuos sanos y productivos para la sociedad, haciendo aún más tangible la noción del cuerpo femenino como territorio, para lograr finalmente un producto aceptable con un claro objetivo político: la consecución de ciudadanos útiles y productivo (Cavalcanti, 2019).

De manera que, el contexto hospitalario se convierte en una fábrica, dónde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores (gestores), y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas, el control del tiempo... de modo que

se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado en la que se la despersonaliza (Blázquez, 2005, p.11).

Lo anterior, supone una explotación, ya que consiste en expropiar al agente reproductor, la mujer, de la gestión de las condiciones de trabajo, o sea de liderar los procesos que mejor le parezca para su embarazo, inhibiéndola o vaciándolas de sus concepciones culturales, emocionales y sociales. Por lo tanto, se le impedirá que pueda elegir pareja, elegir los tiempos de trabajo y el ritmo del trabajo. Recordemos que desde la geopolítica feminista nos dice que “las relaciones de fuerza operan mediante y por sobre los cuerpos, haciendo que ciertas subjetividades y corporalidades sean vulneradas, explotadas o violadas en relación con la seguridad, la población, el territorio y el nacionalismo” (Zaragocin, 2019, p.88). Desde esta perspectiva lo que le interesa a la institución sanitaria es que las mujeres se ajusten a esta cadena de trabajo establecida, se invisibiliza el trabajo de la parturienta, que se limita a la función de obediencia pasiva y abandono para permitir que los profesionales de la salud adopten la función activa y pueda realizar su trabajo adquiriendo protagonismos en los procesos reproductivos.

Analizando las experiencias del parto y del embarazo nos preguntamos cómo y quienes están mediando los procesos reproducción de las mujeres pertenecientes a comunidades étnicas. Encontramos a Rangel & Martínez (2017), cuya investigación se centró en mujeres indígenas en San Luis Potosí, quienes también vivieron sus experiencias reproductivas en el contexto biomédico.

En los hallazgos se encontró que la violencia obstétrica hacia las mujeres fue parecida a los relatos documentados en otros estudios, pero con una connotación diferente por pertenecer a un grupo étnico. Cuando las mujeres deciden integrarse al sistema médico y alejarse de los saberes ancestrales que mediatizan sus experiencias relacionadas al parto se abre un panorama en el que la violencia queda, aún más, invisibilizada debido a que desconocen la manera en que opera la

violencia obstétrica, y que cuando reconocen haber vivido algún tipo de abuso estos entran en la categoría de violencia física y psicológica, naturalizando otras formas de violencia que quedan ocultas por el modelo de atención.

Vásquez (2011), identifica algunas tensiones entre el modelo biomédico y el modelo tradicional de atención, analizado desde el centro obstétrico Maternidad Isidro Ayora de Quito. Adicional a ello, el texto busca la legitimización del pluralismo médico haciendo un contraste con el parto tradicional y el parto biomédico cuando las mujeres son atendidas.

En busca de que el pluralismo médico se emplee en la atención durante el parto, la autora introduce el concepto de parto cultural refiriéndose a la atención basada en respetar la autonomía y costumbre de las distintas mujeres que acuden al centro de salud. Pese que los médicos conocen su significado y dicen emplear algunas herramientas asistenciales desde este modelo, bien es cierto que, no emplean el modelo en su totalidad durante el parto, basándose en el argumento de no estar preparados para emplear dicho método de atención, por lo que deciden seguir los protocolos de sanidad abogando por el bienestar de la madre e hijo. Un ejemplo de lo anterior sería: no dirigir el parto en forma vertical sino en la camilla con la mujer acostada.

Por lo que, el parto como un aspecto de la maternidad se convierte en una herramienta de disciplinamiento, ya que “la atención se caracteriza por una práctica estandarizada, normativizada, mecanizada e impersonal, que, al fijar su interés en los aspectos biológicos, olvida los aspectos emocionales y sociales de las mujeres ocultando actos de violencia” (Vásquez, 2011, P.63). Donde se ejerce violencia simbólica y material quedando inevitablemente inmerso en una lógica de normalización y de control del que deriva la violencia obstétrica. La autora finaliza diciendo que, las mujeres interétnicas y culturalmente diversas que ingresan al servicio de salud prestados por Maternidad Isidro Ayora de Quito, asisten gracias a la legitimidad que tiene el campo biomédico en su contexto social en demerito a la idea de riesgo que presenta el parto tradicional.

8.1 ¿A qué responde la violencia obstétrica?

La adopción del campo biomédico en todas las esferas de la vida social, fruto de la herencia del modelo occidental, ha permitido que por su carácter científico se le adjudique como el sistema mejor capacitado para atender y afrontar la enfermedad, de ahí proviene su expansión y legitimidad en América latina. Pero la medicina científica a pesar de sus grandes esfuerzos por promover un estado de salud óptimo e integral a la población aún presenta dificultades a nivel asistencial por su fundamento subordinado ante otro método alternativo en favor de mejorar la interacción médico-usuarias.

A partir de la atención impartida por el sistema médico actual los procesos reproductivos de todas las mujeres son guiados desde los mismos protocolos y desde el mismo método asistencial, conduciendo a que las experiencias, sentimientos y percepciones culturales de las mujeres gestantes no tengan relevancia dentro del contexto biomédico y que sus nuevas experiencias sean descontextualizadas y modeladas por el sistema médico en la relación médico-paciente desde la práctica médica.

La organización estructural por la que se forma e instaura la medicina científica y con ella su modelo de atención se puede entender desde lo planteado por Menéndez (1988), quien brinda una conceptualización del actual paradigma biomédico denominado como “Modelo Médico Hegemónico” correspondiendo a rasgos estructurales direccionados hacia el “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (p.2). Como consecuencia de la aplicación de dicho modelo en el marco de la salud sexual y reproductiva, es que hoy en Colombia hablamos sobre violencia obstétrica.

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Art 15, 19 de marzo de 2007, Venezuela)

Echeverry & Caicedo (2018), analizan la violencia obstétrica en el panorama colombiano arguyendo que no es un problema de organización administrativa sino, que es un problema estructural de violencia de género y de violación de los derechos humanos. Desde esta perspectiva las manifestaciones de violencia se dan por medio de la subordinación de las mujeres, basadas en relaciones desiguales de poder entre los géneros. Como consecuencia, trae consigo la imposición del saber médico que desacredita las experiencias y vivencias de las mujeres y de igual manera, la atención institucional del parto se traduce en conductas de diversa naturaleza que pueden configurar una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

De manera similar, García & Rodríguez (2018), plantean que la medicina moderna es caracterizada como una institución patriarcal que reproduce y naturaliza la dominación sobre las mujeres por la vía de la medicalización de su cuerpo y, además, integra la violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud.

Conceptualizando la violencia de género como un “mecanismo de control y subordinación de las mujeres que sirve para mantener el *statu quo* de la dominación masculina. Es un tipo de violencia que se da contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres” (García & Rodríguez, 2018, p.40). Ejemplo de esto es la manera cómo la mujer es situada en el proceso de parto,

dejándola sola siendo más propensa al abuso y violencia con una serie de protocolos que debe seguir la mujer desligando la responsabilidad que tiene el padre con el vínculo madre-hijo-padre en las salas de parto.

Desde el enfoque feminista la violencia obstétrica entra en el marco de la violencia de género en la que, la medicina moderna es caracterizada como una institución patriarcal que reproduce y naturaliza la dominación sobre las mujeres. Por lo tanto, “la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género que incluye diferentes formas de expresión del control y opresión ejercidos sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto” (Cobo & Sevilla, 2016, p.10).

De acuerdo con lo anterior, vale preguntarse ¿qué ha permitido que exista un modelo médico hegemónico en el que la atención aun siendo desventajosa y abusiva para las mujeres, está legitimada por las mismas mujeres y profesionales de la salud? Pues bien, esto es permitido gracias a la estructura simbólica que organiza las prácticas médicas en el sistema de salud y las relaciones asistenciales de los profesionales sanitarios hacia las usuarias construyendo así, la realidad social en la esfera biomédica. Dicha realidad analizada en el marco de la violencia obstétrica es construida por lo que Bourdieu denominó como:

reproducción simbólica, reproducción de la dominación y reproducción de la violencia simbólica. Esta violencia simbólica, al igual que la dominación simbólica, es algo así como el aire, como una atmósfera que envuelve todo, que está en todas partes y nos absorbe, al punto que la aceptemos, incluso de manera inconsciente, como el aire que respiramos para vivir. (Bourdieu, 1988 citado en Peña, 2009, p.68)

Es decir, las mujeres no dan cuenta del abuso de poder que vivieron en sus experiencias, ya que cuando la violencia simbólica se instaura de una manera organizada gracias a un discurso legítimo ocurre un proceso de “interiorización y naturalización de la relación de subordinación y

dependencia de las mujeres dentro del sistema de atención en salud (...) contribuyendo a la naturalización e invisibilización por parte de las mujeres de las prácticas violentas que recaen sobre ellas” (Vallana, 2019, p. 136). De igual forma, la manera cómo organiza la atención dicha reproducción simbólica repercutirá también en que se invisibilicen otros tipos de violencia como lo son la violencia institucional, física y psicológica. Por ende, la violencia obstétrica no se manifiesta como una problemática, por lo que es desconocida e ignorada por las mujeres y profesionales de la salud.

8.1.1 Violencia simbólica

Gracias al papel que ha tenido la biomedicina en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna es que hay una aceptación social que legitima su sistema de atención protocolaria y medicalizante. A la luz de la violencia obstétrica la validación del “modelo médico hegemónico” conlleva a que el embarazo y el parto “se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la mujer gestante se conciba como una pasiva y dependiente paciente” (García & Díaz, 2010, p.4) donde no reconoce ni percibe relaciones de poder, subordinamiento y género.

Una de las consecuencias más notable de este fenómeno es la invisibilización y deslegitimación del saber/conocimiento que posea la mujer sobre su cuerpo, repercutiendo en el control del cuerpo femenino en torno a la reproducción sexual por parte del sector sanitario. El control del cuerpo femenino es la clave para que la violencia simbólica se mantenga, ya que, “todo poder que logra imponer significados e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza” (Bourdieu y Passeron 1996 citado en Peña, 2009, p.65). Es decir, la manera en que se constituyen las relaciones de poder y dominio sobre el cuerpo de la mujer es por medio de estrategias discursivas en favor de la mujer que se promueven y legitiman por ellas

mismas y demás involucrados, pero que a su vez ese mismo discurso quita independencia y control de sí misma y opera bajo límites y distancias entre unos y otros, en este caso con las mujeres usuarias de los centros de salud y con los profesionales sanitarios.

Para lograr dicho control y que el sistema impuesto se mantenga es necesario un proceso de socialización sobre la superioridad de los médicos. Este se logra por medio de un imaginario colectivo sobre el “nosotros médicos” que posicionará una autoimagen de superioridad científica, esta será transmitida a los pacientes dejándolos subordinados frente a los conocimientos y tecnicismos biomédicos, por lo que las usuarias/pacientes terminan interiorizando esta misma visión permitiendo que los que están en una posición de poder validen su superioridad grupal y se forme una relación asimétrica entre médicos y pacientes (Peña, 2009, p.65).

El testimonio de la participante 4 sobre la incomodidad por la presencia de los aprendices durante el tacto ilustra como la mujer percibe la sala de parto desde algo que no le pertenece, que se aleja de lo que es ella y no le aporta comodidad. Pero, de todas formas, ella hace parte del escenario por ser una “paciente” en labor de parto. Como consecuencia, la aceptación de la rutina médica y protocolar se integrará en las experiencias de la maternidad en las mujeres con asistencia en los centros de salud biomédicos. Los canales de atención al ser centrados en el nacimiento y prevención de la enfermedad se han configurado desde el abuso de poder. Con lo anterior me refiero a que, cuando la mujer se sienta violentada, ella no realice ninguna acción porque se le ha educado desde el mismo sistema, a entender que los profesionales en salud están prestando un servicio de bien mayor, y eso es algo por lo que tienen que pasar para recibir la atención y ser ayudadas debido a que en su poder esta la salud del bebé y la madre. De manera que la violencia simbólica se mantiene en los centros de salud porque reproduce lógicas de subordinación en la atención y comportamientos por parte de las mujeres.

De manera similar Arguedas, (2014) habla sobre la pérdida de control y autonomía que sufren las mujeres una vez se descalifica sus conocimientos y saberes, ella dice así:

Ese saber es descalificado por la institucionalidad médica; es definido como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. Es, por lo tanto, un saber subyugado (...) frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica (p.155)

Nótese que, aquí la relación de poder y el establecimiento de la inferioridad se construye desde la exaltación del conocimiento científico y positivista por encima de otra fuente de conocimiento alternativa. Como consecuencia, las mujeres víctimas y posicionadas en la esfera más baja de poder, no conciben las relaciones desde la asimetría ni el abuso, por lo que terminan actuando conforme a las lógicas instauradas por los modelos de salud, comprendiendo que su funcionamiento es a favor de ellas. Y es aquí donde se entiende cuando Bourdieu acuña el concepto de reproducción de violencia simbólica desde su función normalizadora e imperceptible de la violencia.

Una vez las mujeres acojan y reproduzcan las reglas y roles durante la atención impartida por el sistema de salud su papel será pasivo frente a la importancia que recaerá sobre la práctica médica. Para dar mayor claridad, Montes (2017), expone las consecuencias del protagonismo desmedido de la práctica médica durante el embarazo en relación con la pérdida de control y autonomía de las mujeres durante la atención ginecologista.

El seguimiento institucionalizado del embarazo ha adquirido tal protagonismo, que las mujeres tienen poco control sobre sus cuerpos. En las relaciones que se establecen con los/as profesionales se van reafirmando el poder y hegemonía del sistema médico en el

dictamen de “cómo deben ser las cosas”, erigiéndose cómo los/as únicos/as en posesión de la verdad frente a otros sistemas médicos de atención (...) Esta perspectiva repercutirá en que las mujeres son progresivamente expropiadas de su saber y su palabra, quedándoles como única posibilidad el acatamiento de las normas dictadas desde la institución médica. (p.117)

Recordemos que en el capítulo 7.2.2 la interlocutora 11 narró su experiencia durante el parto. En su relato damos cuenta de cómo fue víctima de varios abusos a su persona y como su autonomía quería ser quitada. Además, los comentarios y acciones cometidas contra ella fueron normalizados por los demás profesionales, dando a conocer un problema de carácter estructural dentro de la atención médica.

Lo anterior atañe a como el cuerpo médico se dedicó a atender a la mujer desde una mirada científica y biologicista, en comprender la atención desde la imposición de una única forma asistencial, claro está ejercida por la fuerza y un trato denigrante.

Cabe agregar también que, la participante hace mención de la diferencia del trato recibido desde el género, en cómo la práctica médica esta permeada por quien ejerce la acción. Atribuyendo la actitud grosera y abusiva del doctor por no experimentar jamás el dolor de parto, desde ahí se puede decir que, la empatía que manifestó la doctora que realizó su primer parto está compuesta por la feminidad que reconoce el cuerpo de la mujer no como un objeto médico que debe ser intervenido únicamente, sino que lo reconoce desde su integralidad como sujeto a quien le pertenece dicho cuerpo.

Cuando se impone una relación basada en el poder, la asimetría y la subordinación toda acción enfocada a orientar el cómo se realizan las prácticas médicas, cómo se mediatiza la interacción con los profesionales y a quién se le adjudica el conocimiento conllevará a que el contexto hospitalario se organice alrededor de acciones violentas y abusivas que atentan la

integridad y los derechos de las mujeres, sin que las usuarias comprendan que están siendo víctimas de un sistema simbólico violento.

8.1.2 Violencia institucional

El embarazo y nacimiento son contruidos desde una visión científica y medicalizante en el que las mujeres parturientas son excluidas de su propio proceso, creando una distancia con cualquier saber que posea la mujer (Blázquez, 2005). De manera que, el reconocimiento y promoción de la biomedicina, aunque aboga por brindar un mejor servicio a la mujer termina “por privilegiar los intereses de los técnicos y/o las instituciones sanitarias, prescindiendo de la subjetividad, el bienestar y el protagonismo de las mujeres” (González de Chávez citado en Blázquez, 2005, p.11). En los testimonios presentados en el capítulo 7.1.2, se evidenció que las mujeres adoptaban una posición pasiva a la espera de las indicaciones e intervenciones por parte del cuerpo médico, en el que el protocolo es el modelador de las experiencias de las mujeres en su maternidad, propiciando escenarios de coacción donde se presentan abusos a nivel institucional en el marco de la atención.

Vallana (2019), da cuenta de cómo la violencia institucional agudiza la violencia obstétrica, a su vez ella define la violencia institucional como aquella que se

Caracteriza por protocolizar la atención de las gestantes dentro de las instituciones hospitalarias. La realización de intervenciones médicas protocolarias sin justificación médica violenta, tanto a la mujer que es intervenida sin necesitarlo ni autorizarlo, como al personal de la salud que se ve obligado a su cumplimiento, aun cuando su experiencia y criterio sean contrarios a esa normatividad. (139)

Dicha promoción de los procesos protocolares dentro del sistema de salud durante el embarazo y parto ocurre por la existente relación entre la concepción del riesgo y la institucionalización del saber científico, que quita el protagonismo de las mujeres en su maternidad

para que sea vivido y experimentado según lo diga, explique y guíe el médico, ya que en la conciencia colectiva de las mujeres gestantes el conocimiento médico-científico es legítimo, gracias a la violencia simbólica explicada anteriormente.

Como resultado, el embarazo y el parto incurre a un proceso totalizante que legitima el sistema biomédico. Ya que, “la amenaza del riesgo aumenta el dominio de la medicina que obtiene de esta manera el consentimiento y obediencia de los sujetos, en nuestro caso de las mujeres” (Norbert Bensaid citado en Montes, 2007, p.49). Aquí traigamos a colación el caso de la interlocutora 4, quien afirmó incomodidad y pena durante la realización de un tacto vaginal, sin su consentimiento, en frente de médicos aprendices. Pero ella no dijo nada ya que necesitaba de la ayuda de los doctores para parir. En este caso damos cuenta de cómo las mujeres se encuentran en una posición tan subordinada que deciden aceptar las decisiones y acciones de los doctores por encima de sus sentimientos y expectativas.

Por consiguiente, el dominio hacia las mujeres ocurre por medio de las directrices planteadas por parte de los médicos durante la etapa gestacional y el parto, en el que las mujeres cumplen durante todo el proceso, donde pareciera que las mujeres tuvieran una participación activa cuando en realidad es un proceso mediado y dirigido por la biomedicina y el sistema de salud.

la labor del profesional sanitario se legitima, aún más, por medio de la implementación de procesos que pueden y deben ser dirigidos por profesionales capacitados, en demerito de la capacidad que tengan las mujeres para decidir sobre el tipo de parto y la manera en cómo se desarrollara. Es así como, la manera en que se realizan los partos va a responder a la medicalización, intervencionismo y tecnicismo que se articulan para que los procesos reproductivos naturales necesiten de la presencia de los profesionales en salud para dirigir y llevarlo a término y se integren a las lógicas de las vivencias de las mujeres en sus historias reproductivas.

En concordancia, cuando las mujeres toman una decisión por fuera de las indicaciones de los médicos enseguida se habla sobre la responsabilidad de la mujer si surge algún problema en la salud del bebé y de ellas. Como se evidenció en la experiencia de la participante 11 y participante 1, una de ellas no quería seguir caminando cuando pasaba por las contracciones porque estaba cansada, enseguida se le reprochaba dicha decisión; a la otra mujer que manifestaba que su bebé no estaba muerto decidió dejar la sala de urgencias, el médico a cargo la hizo responsable si algo le ocurría a ella por no dejarse asistir con un legrado, aun cuando él no cumplió en la entrega de los exámenes realizados para constatar dicho diagnóstico.

Cuando las mujeres ingresan al servicio de salud se da por sentado que ellas aceptan el modelo asistencial propuesto desde el sistema biomédico, por ende, la atención recibida estará orientada a que la intervención medicalizante se presente a favor de prevenir y asistir a la mujer procurando el bienestar, en este caso del binomio madre e hijo. Sin embargo, la invisibilización que se presenta hacia cómo la mujer percibe su cuerpo, su trabajo de parto y el ambiente donde se encuentra hacen también parte de las lógicas de atención, a su vez, la desinformación y la poca participación y acción de la mujer le otorga a los médicos y especialistas la capacidad de decidir y dirigir el proceso que vivirá la mujer.

De acuerdo con lo anterior, el *habitus* se ve reflejado en el caso de la participante 1, quien no fue escuchada sobre los dolores de parto que tenía, en el que ella daba a conocer que era momento de parir, pero no fue escuchada, también traducido como invisibilización del saber corporal. De manera similar, la participante 9 tuvo que presenciar burlas por parte del camillero porque el camillero no le dio validez a los dolores presentados por las contracciones. Hecho que refleja que el conocimiento y la palabra de los profesionales de la salud está por encima de lo que experimentan las gestantes, en el que normalizan los dolores y procesos por lo que debe de pasar las mujeres parturientas según el protocolo y, de igual manera, ellos actúan de acuerdo al mismo.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que el conocimiento médico y los procesos protocolares están valorados por encima de las experiencias de las mujeres evidenciando el control ejercido sobre el cuerpo femenino correspondiendo a un problema estructural del sistema médico. Se habla sobre un problema estructural porque es ese el que condiciona el comportamiento de la mujer en un espacio específico sobre un cuerpo específico.

Esta realidad la evidencia una de las participantes cuando dice lo siguiente sobre los profesionales, “preparados si están para atenderme, pero lo que pasa es que de pronto se confían mucho y no le prestan atención a las maternas que van a dar a luz, como saben todo el proceso de los dolores y así” (Interlocutora 9, Montelíbano, 2022). Situación que ubica a las mujeres en un espacio que la visibiliza mientras el protocolo no recaiga sobre ellas. Es así como, los hábitos que se desarrollan en la práctica médica están direccionados a conocer de manera técnica los procesos fisiológicos que deben suceder para que ellos intervengan, por lo que descuidan a la mujer en sí y se centran en asistir el parto en el momento que corresponda, sin tener en cuenta que hay mujeres que viven el proceso de manera diferente y necesitan una atención diferenciada.

Como consecuencia de la poca o nula participación que tienen las mujeres durante su parto y por el proceso de socialización sobre la práctica médica que se explicó anteriormente, las mujeres aceptan cada vez más los métodos protocolares y asistencialistas durante la atención. Situación que favorece el parto medicalizado en demérito del parto vaginal, el cual tiene menos intervención médica. Así como lo menciona Cobo & Sevilla (2016), en su tesis cuando habla sobre la percepción que tiene las usuarias acerca de la atención.

Uno de los principales temores de la mujer en el momento del parto es el miedo a experimentar dolor. Por este motivo, algunos artículos consultados demuestran que las mujeres, si les diesen opción a elegir, optarían por tener un parto medicalizado. Sin

embargo, muchas de ellas desconocen las complicaciones que, por ejemplo, la inducción al parto, una cesárea o una episiotomía pueden tener. (p22)

Esto se ve reflejado en el caso de la participante 11, quien hace alusión al dolor que sufrió por el desgarre al momento del parto, en el que según la participante sucedió por no realizarle la episiotomía. Aquí notamos como la instrumentalización hace parte de la percepción de las mujeres parturientas como procedimientos que avalan la buena atención y que las herramientas son utilizadas como apoyo enfocadas a minimizar el dolor. Lo anterior corresponde al entramado simbólico e institucional que organiza y socializa las prácticas médicas el que se ven involucradas las mujeres sin saberlo ni decidirlo.

La atención biomédica analizada desde lo expuesto hasta ahora se convierte en un proyecto hegemonizado en la vivencia de las mujeres sobre cómo se debe vivir la maternidad durante las primeras etapas, sin tener en consideración aspectos culturales como las creencias, tradiciones y expectativas respecto al cuidado de la gestación y del parto, abriendo paso a la violencia obstétrica.

los escenarios de violencia se presentan en las salas de parto debido a un problema estructural que condicional el rol de las mujeres durante la atención, y que esta se agudiza cuando el parto es vaginal, en el que la acción de la mujer varía considerablemente del protocolo médico. Si bien en la etapa gestacional no hay momentos explícitos de violencia, si es cierto que, la manera en que se estructura el sistema de atención restringe la autonomía de las mujeres aun cuando se presenta una atención positiva por parte de las doctoras.

8.1.3 Violencia física y psicológica.

El cumplimiento de los protocolos durante los partos conlleva a que se realicen prácticas médicas sin el conocimiento y consentimiento de las mujeres, que en ocasiones las consecuencias son incomodidad, dolor o secuelas en el cuerpo de la mujer, a eso es lo que denominamos como violencia física, sumado también, los posibles traumas, humillaciones y acciones que bajan el

autoestima de las mujeres afectando su maternidad desde la psique, todo esto durante la atención médica o después de ser atendidas, a esto le llamamos, violencia psicológica. Arguedas (2014) define la violencia obstétrica como una “categoría que reúne diversas formas de expresión de control y opresión sobre los cuerpos/psiques de las mujeres y niñas que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto” (p.159).

Los actos que catalogamos como violencia psicológica impiden la promoción de una experiencia positiva. Desde el protocolo durante la atención ginecobstetra hay un control ejercido sobre quiénes pueden estar durante el trabajo de parto, en todos los casos las participantes, de la presente investigación, estuvieron solas al momento de parir, situación que restringe el apoyo emocional con el que contaban las mujeres haciendo que algunas parturientas se sintieran solas, mientras que otras aceptaron este hecho como normal. Además, el estar sola en la sala de parto convierte a las mujeres en sujetos vulnerables frente a los daños físicos que pueden cometer los profesionales, sin contar con algún respaldo para denunciar o quejarse. En los relatos se observa como las mujeres hacen alusión a sus sentires mientras relatan la práctica que realiza el doctor, sin describir la actitud del doctor. Esto da cuenta de la lógica de la práctica médica en la que los procedimientos se despersonalizan, en el que el único actor que debe sentir es la mujer; pero, aun así, este se invisibiliza porque las emociones contaminan y/o afectan los procedimientos y los resultados.

Arguedas (2014), explica lo anterior por medio de una conceptualización del poder obstétrico basándose en los postulados foucaultiana y en las teorías feministas. Ella plantea que:

El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados (p.156)

Lo anterior alude que, entre más especializado este un profesional más influenciado está este por cumplir con su rol de médico sin tener en cuenta a la mujer como un sujeto, sino más bien como alguien a quien hay que hacerle unos procesos y el cuerpo será visto como algo que hay que intervenir. Repercutiendo en que la mujer no se sienta protagonista ni con autonomía sobre su embarazo, sino que adopte una actitud pasiva y cooperativa posibilitando los escenarios de violencia.

Es decir, el papel impuesto por los profesionales de la salud hacia las mujeres y el mismo rol desempeñado por los doctores, enfermeros y auxiliares inhiben la independencia de la mujer durante la atención, impidiendo algún tipo de negociaciones y consultas hacia la mujer sobre los procedimientos y procesos que ella podría considerar que son mejores para su cuerpo y que satisfagan su labor de parto, recayendo dicho subordinamiento en los cuerpos que son sexuados, las mujeres, por medio de una docilidad impuesta a través de comportamientos correctivos, sean por medio de dolor físico o daño psicológico.

La participante 11 sufrió violencia física y psicológica durante todo su trabajo de parto. Ella fue víctima de procedimientos realizados bruscamente, de comentarios sobre su cuerpo y reproches por parte del doctor por quejarse del dolor. Este ejemplo nos sirve para dar cuenta de cómo el poder y la autoridad médica se impone por medio de métodos correctivos a quien no se comporta de la manera esperada dentro de la sala de parto; abnegación al dolor, aceptación de los procesos sin preguntar o cuestionar y mantener un rol pasivo.

Entre las mujeres partícipes de esta investigación se encontraron experiencias positivas en cuanto no sufrieron daño físico y emocional, pero eso no las exime de haber vivido un parto caracterizado desde los mismo planteamientos y protocolos médicos, por la desinformación y roles predispuestos que conforman un escenario de violencia obstétrica.

La violencia obstétrica responde a otros tipos de violencia que ejercidas en conjunto hacen que la violencia que sufren las mujeres no sea visible en el campo jurídico, médico y social. Ya que, por medio de los discursos médicos, los valores y los poderes asociados a este, por ejemplo; la concepción de la salud tiene la propiedad de impregnar fácilmente la ideología social que los aceptará como realidades válidas para todas las mujeres vista desde una homogenización social.

En conclusión, las experiencias de las mujeres en su etapa reproductiva abarcan situaciones y emociones que no hacen parte del sistema médico, pero que en definitiva conviven con las experiencias que se tiene durante la atención. Los procedimientos, la interacción y las lógicas que se instauran dentro del campo biomédico sitúan a la mujer en un papel condicionante y pasivo que invisibiliza las emociones dentro del contexto hospitalario. Con lo anterior no se quiere decir que el papel del médico y del campo biomédico no presente factores importantes en el cuidado de la vida, si no que la manera en que la atención es dirigida presenta situaciones que es necesario cambiar.

9. Conclusión

Las experiencias de las gestantes están condicionadas por aspectos sociales y culturales que dan significado a lo que es ser madre y por ende modela los comportamientos y las prácticas que se desarrollan durante el periodo de gestación, parto y posparto, además también está condicionado por las vivencias particulares que se presentan y desarrollan en la interacción médico-paciente desde el sistema biomédico.

En el que el proceso interaccional durante el embarazo está marcado para las mujeres por la calidad del tiempo en responder las dudas, la puntualidad, la información sobre que exámenes se realiza y el para qué y sobre todo la amabilidad que responde al proceso de comunicación recíproca entre ambas actoras.

las mujeres vivieron, entendieron y mediatizaron la atención con los profesionales de salud según las expectativas sobre cómo era vivir una buena atención durante los controles como al momento del parto. En el momento del parto hay relatos en los que se mencionan las emociones que tuvieron en sus experiencias consecuencias de las incertidumbres en las salas de parto y durante los controles enfatizaron más las actitudes que tenían las doctoras hacia ellas.

Se comprende que la interacción durante el parto esta mediada por las intervenciones obstétricas, más que por las relaciones entre personas. Y que cuando hay una disposición a tratarlas como sujetos activos hay una diferencia entre cómo es dirigida la atención dependiendo del profesional, hecho que conduce a situaciones de estrés, nervios u otros sentires negativos que pueden alterar la salud y bienestar de la mujer.

Los resultados de esta investigación muestran que la violencia obstétrica marca de manera significativa la experiencia del parto, que es donde se presentan acciones autoritarias, abusivas, violentas hacia las mujeres. No ocurrieron episodios de violencia durante las consultas por

controles, solo una de las participantes fue víctima de violencia obstétrica durante su embarazo, pero en la atención por urgencias.

En las salas de parto, se presentan actitudes despersonalizadas por parte del personal profesional, lo que ha posibilitado la construcción de espacios donde la violencia obstétrica se manifiesta, y en cierto grado es permitido, aceptada y validada las prácticas médicas autoritaria, ya sea de manera consciente o inconsciente. A razón de la confianza en el conocimiento médico-científico se presentan comportamientos que, si bien son cuestionables, no se consideran abuso de poder por parte de médicos y enfermeras, lo que impide reconocer cuando se es víctima de este tipo de violencia en particular.

De modo que, la violencia obstétrica corresponde a un problema estructural del sistema médico, porque los comportamientos de los profesionales de la salud parte de la educación que recibieron desde los parámetros de la medicina occidental donde adquieren el *habitus* médico en la relación médico-paciente, en el que existe de trasfondo la validez de un control político, económico y social en la reproducción que conduce a que las mujeres que acuden a los centros de salud vivan escenarios de violencia simbólica, institucional, física y psicológica.

la violencia institucional comprende actitudes que se gestan desde la misma disciplina médica, en el que los comportamientos y la manera de atención se reproduce y se normalizan en la práctica médica. Donde se desvaloriza la percepción del maltrato o dolor que tenga la mujer durante un procedimiento, y aún más, cuando se considera que el dolor hace parte de la realización del procedimiento. Por lo tanto, los tratos rudos y reprimendas que se le hace a la mujer se realizan basados en el comportamiento que según ellas deben tener o deben aceptar y en la autoridad y orden que ellos deben promover.

Lo anterior se reproduce gracias a mecanismos simbólicos que legitiman el discurso biomédico en demerito de otras alternativas no científicas. Como consecuencia, se legitima aún más el poder/saber del médico y deslegitima la vivencia de las maternas a la luz de sus propias creencias o expectativas, en el que la mujer desde esta lógica se comporta como sujeto pasivo en su gestación por medio de roles predispuesto. Igualmente, la hegemonía del conocimiento crea brechas entre quienes viven la gestación y el parto y quienes la dirigen, invisibiliza así mismo, conocimientos populares y protocolariza el embarazo homogeneizando la experiencia de las mujeres de acuerdo con las políticas de salud públicas.

De igual manera se caracteriza la atención biomédica por medio de prácticas y conductas paternalista, lo que también se traduce como infantilización de la mujer gracias a la sobrevaloración del conocimiento médico-científico caracterizando así, el papel del médico desde una visión paternal, encargado de guiar todo el proceso y ser el protagonista de la experiencia, por ser quien da las órdenes y la mujer en este caso, solo debe cooperar obedeciendo dichas órdenes o instrucciones.

La violencia obstétrica es un fenómeno que afecta a las mujeres durante la gestación, parto y postparto. Es necesario visibilizar y crear conciencia en las mujeres y al personal de salud sobre las consecuencias de las relaciones de poder que dirigen la atención obstétrica. Para así construir escenarios libres de violencia hacia la mujer contribuyendo a la disminución de prácticas violentas para que las mujeres gocen de una experiencia significativa en su maternidad.

10. Recomendaciones

Este trabajo estuvo enfocado en conocer las experiencias de las mujeres gestantes en el contexto biomédico. Es por ello, que se hace necesario realizar estudios en el contexto colombiano que profundicen las experiencias de los profesionales en la atención para analizar y reflexionar en como ellos comprenden la violencia obstétrica, esto con el fin de crear herramientas que permitan cero tolerancias hacia la violencia. De igual manera, acercarse a las experiencias de otras mujeres situadas en contextos socioculturales diferentes para conocer quiénes son más propensas a ser víctimas en el contexto biomédico.

En el ámbito social es necesario concientizar a las mujeres sobre la violencia obstétrica, más cuando se está en contacto con mujeres gestantes, como es el caso del ICBF, ninguna de las mujeres conocía el término de violencia obstétrica y tampoco tenían claro cómo se presentaba y manifestaban las prácticas violentas.

Referencias

- Acosta, María. (2011). *Relaciones entre los sistemas de salud que atienden el parto, en el centro de salud Jambi Huasi en Otavalo*. (Tesis de Maestría). FLASCO. Ecuador.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1),145-169. [fecha de Consulta 16 de marzo de 2021]. ISSN: 1659-0139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4769/476947241008>
- Baeta S., MF, (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13 (2),81-83. [fecha de Consulta 10 de febrero de 2023]. ISSN: 1690-3293. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552011>
- Belli L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/ UNESCO.
- Berrío, M. & Quiceno, N. (2020). *“Los caminos de la llegada”*: El parto humanizado y las rutas de la gestación y el parto en el municipio de Jardín, Antioquia. (Tesis de maestría) Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Medellín.
- Blázquez, M & Montes M. J. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi*, 14, 81-92.
- Blázquez, M (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, (42). pp. 1-25. ISSN 1695-9752
- Cáceres F., Molina Marín G. & Ruiz Rodríguez M. (2014) Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*. 14(3): 316-326. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4
- Cavalcanti, A. (2019). *La economía del nuevo parto y nacimiento discursos, biopolíticas y feminismos por un parto humanizado*. (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Castro, Bibiana Edivey & Peñaranda, Fernando (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*. Buenos Aires

- Castro, Roberto & Erviti, Joaquina. (2015). Capítulo II el habitus en acción: la atención autoritaria del parto en los hospitales. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México, *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (81-131).
- Casallas, Ana. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev. Cienc. Salud vol.15 no.3 Bogotá http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732017000300397
- Clínic Barcelona. (20 de febrero del 2018). *Embarazo y parto*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/embarazo-y-parto/parto>
- Cobo, C. & Sevilla, M. (2016). *La violencia obstétrica*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, Madrid, España.
- Cortes, G. & Claudia, M. (2010). Historia de la medicina en Colombia. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1867 - Tomo II. Rev. Gerencia. Polit. Salud [online]. vol.9, n.18, pp.157-161. ISSN 1657-7027.
- Echeverry, D., & Caicedo, R. (2018). *análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia* (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio.
- Escobar, J., & Bonilla, F. (2009). Grupos Focales: Una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. 51-67.
- Foucault, Michel (2012). *La política de la salud en el siglo XVIII [1979]*. Siglo XXI, El poder, una bestia magnífica sobre el poder, la prisión y la vida. (211-232)
- García, M. & Rodríguez, J. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales (Tesis doctoral). Universidad Autónoma, Madrid, España.
- González, A. (2017). *Vivencias de la maternidad en el contexto de las técnicas reproductivas. Análisis desde la perspectiva de género* (Tesis de doctorado). Universidad de Salamanca. España.
- Informe quincenal epidemiológico nacional. (2018). *Violencia en gestantes en Colombia: evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 - 2017* (Nro. 7). Gobierno de Colombia.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2014). Lineamiento técnico, administrativo y operativo, modalidad hogares comunitarios de bienestar en todas sus formas (FAMI, familiares, grupales, múltiples, múltiples empresariales y jardines sociales) para la atención a niños y niñas hasta los cinco (5) años de edad.
- Imaz Martínez E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, 36, 97-111. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130097A>
- Jojoa, E., Cuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Paja, A. & Suarez, J.(2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 51, núm. 2, Universidad Industrial de Santander Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343860382006> DOI: 10.18273/revsal. v51n2-2019006
- López, M. & Perlo, C (2015). contribuciones para una ontoepistemología de la vivencia en educación. *eccos revista científica*, (38), 95-114. [fecha de consulta 18 de abril de 2021]. issn: 1517-1949. disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71545304007>
- Mackenna, A. (ed.), Reproducción Humana e Infertilidad. Santiago: Publicaciones Mediterráneo, págs. 19-25.
- Mancilla, M (2013). experiencia e historicidad en la hermenéutica de Hans-georg Gadamer. ideas y valores · vol. lxii tá· n.o 152, pp. 183 - 197
- República de Colombia. Ley 1257 2008 “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. publicada en abedul Diario Oficial, diciembre 4 de 2008. Bogotá D. C., Colombia
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Atlas de Variaciones Geográficas en Salud de Colombia 2015- Estudio piloto - Resultados de partos por cesárea.
- Montes, M^a Jesús. (2007). *“las culturas del nacimiento Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Tesis de doctorado). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

- Monroy, S. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestante*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Ortiz, T. (1996). Protomedicato y matronas: una relación al servicio de la cirugía. *Dialnet*. 12, pp. 109-120.
- Peña, W. (2009). La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder. *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 9, núm. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia. pp. 62-75
- Rangel, Flores & Martínez, Ledezma. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Rev CONAMED*. 166-169.
- Ríos Osorio, LA, (2011). Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. *Salud Uninorte*, 27 (2),289-297.[fecha de Consulta 9 de Febrero de 2023]. ISSN: 0120-5552. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722541012>
- Rodríguez, D., Torres, N. M. & Restrepo, A. (2016). Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/20447>.
- Sadler, Michelle. (2003). “*Así me nacieron a mi hija*” *aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile. Chile, Santiago.
- Sadler, Michelle (2004). “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. En Sadler, Acuña y Obach, hacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.
- Sadler, Michelle. (2013). “Una aproximación a la antropología de la reproducción”. En
- Souza M. (2010). Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. *SALUD COLECTIVA*, 6(3):251-261
- Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer, UNFPA. (2007). Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Vallana, Sala (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(especial):128-144. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

- Valles, Miguel S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social reflexión metodológica y práctica profesional. Recuperado de https://eva.fic.udelar.edu.uy/pluginfile.php/25827/mod_resource/content/1/Valles%2C%20Miguel%20%281999%29%20Tecnicas_Cualitativas_De_Investigacion_Social.pdf
- Vásquez, M. E. (2011). *Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito* (Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo). FLACSO Sede Ecuador, Quito.
- Villanueva, Egan (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED:147-151.
- Vivas Albán, María del Socorro (2009). La experiencia como validación epistemológica del conocimiento en general y en particular en sujetos específicos. Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu, LI (151),181-206.[fecha de Consulta 18 de Abril de 2021]. ISSN: 0120-1468. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3435298050086>
- Wohlgemuth, María (2015). El parto un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica. Tesis (Licenciada en Artes Liberales), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades; Quito, Ecuador, 2015.

Anexos

Anexo # 1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer de información a los participantes en esta investigación sobre la temática del estudio, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación *Experiencias de la atención hospitalaria en la gestación y en el parto en mujeres vinculadas a los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI del ICBF en Montelíbano-Córdoba* es conducida por estudiante Juneyme Galván Higueta, bajo la asesoría de la profesora Erika Valencia Cortes adscritas al departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. La investigación tiene como objetivo analizar ¿Cómo son las experiencias en la atención hospitalaria de la gestación y el parto en mujeres vinculadas al programa FAMI del ICBF? En el que las preguntas irán direccionadas sobre las experiencias, vivencias y reflexiones sobre el proceso de la maternidad en relación a la interacción con los médicos durante la gestación y el parto, por otro lado, también se busca analizar las prácticas y conductas por parte de los médicos en el proceso de gestación y en el parto.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna pregunta durante el proceso de investigación se puede comunicar con el investigador principal, Juneyme Galván Higueta, vía correo electrónico: Juneyme.galvan@udea.edu.co o al teléfono 3226270471

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

Cédula

Número tel.

Anexo #2 de Guía de preguntas para entrevista

CARACTERIZACIÓN

1. ¿Cómo es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
4. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? O ¿Cuántos meses tiene su hijo?
5. ¿cuándo ingreso al FAMI?

EMBARAZO

1. ¿Dónde fue atendida durante su embarazo?
2. ¿Quién fue su doctor durante el embarazo? ¿Qué cosas positivas resalta de su atención? ¿Qué cosas negativas resalta de la atención hospitalaria?
3. ¿Cómo fue su experiencia en los tiempos de los controles durante el embarazo?
4. ¿Tuvo algún problema médico relacionado con el embarazo, como fue la experiencia?
5. Tuvo alguna experiencia negativa por comentarios sobre por su edad, cuerpo, profesión o actividad laboral por parte de médicos
6. ¿Tuvo alguna experiencia en la que se haya sentido agredida física, sexual, emocional o verbalmente por el personal de salud durante su embarazo?
7. ¿Se sintió incomoda en un procedimiento realizado durante el embarazo? ¿Qué pasó?
8. ¿Qué actitudes negativas notó por parte del personal de salud durante los controles?
9. ¿Qué actitudes positivas notó por parte del personal de salud durante los controles?
10. ¿Qué aspectos mejoraría en la atención recibida durante su embarazo?
11. ¿Qué aspectos no cambiaría en la atención recibida durante su embarazo?
12. ¿Cuál es su opinión de todas las pruebas y análisis que se emplean en los controles?
13. ¿Cómo describe el profesionalismo medico cuando la atendieron?
14. ¿Cómo se sintió emocionalmente durante el embarazo? ¿Cuáles fueron los aspectos más difíciles?
¿Cuáles fueron los aspectos más fáciles?
15. Relátame su experiencia en los talleres y programas del ICBF
16. Relátame su experiencia en talleres los hospitales durante su embarazo

PARTO

1. ¿Cómo fue la elección sobre el tipo de parto?
2. ¿Cómo se preparó para el parto? ¿Cómo describe la experiencia?
3. Relate su experiencia sobre el trato que recibió en el momento del parto por parte de su médico
4. ¿Tuvo alguna complicación durante el parto? ¿qué pasó?
5. ¿Se acuerda sobre alguna practica que le realizaron para adelantar el parto?
6. ¿Cómo se sintió durante el parto? ¿Qué fue lo más difícil? ¿Qué fue lo más fácil?
7. ¿Qué actitudes negativas notó por parte del personal de salud durante el parto?
8. ¿Qué actitudes positivas notó por parte del personal de salud durante el parto?
9. ¿Qué aspectos mejoraría en la atención recibida durante su parto?
10. ¿Qué aspectos no cambiaría en la atención recibida durante su parto?
11. ¿Se sintió incomoda en un procedimiento realizado durante el parto? ¿Qué pasó?
12. ¿Tuvo alguna experiencia negativa por comentarios sobre por su edad, cuerpo, profesión o actividad laboral en el parto?
13. ¿Tuvo alguna experiencia en la que se haya sentido agredida física, sexual, emocional o verbalmente por el personal de salud durante el parto?
14. ¿En relación a las preguntas o dudas que tenía durante el parto como fue la experiencia?
15. ¿Considera que el personal de salud estaba profesionalmente preparado para atenderla? ¿Confiaba en sus conocimientos o sintió dudas en algún momento?

Anexo #3 guía de preguntas para grupo focal

Guía de preguntas sobre el embarazo

1. ¿Cómo es la experiencia sobre el acompañamiento del FAMI durante el embarazo y la lactancia?
2. ¿Cómo fue su experiencia durante los controles en el embarazo?
3. ¿Cómo fue su experiencia sobre el trato recibido en la atención hospitalaria durante el embarazo?
4. ¿Qué experiencias positivas resalta en la atención hospitalaria durante el embarazo?
5. ¿Qué experiencias negativas resalta en la atención hospitalaria durante el embarazo?

Guía de preguntas sobre el parto

1. ¿Cómo fue el acompañamiento en el parto?
2. ¿Cómo fue la experiencia en el momento de las contracciones?
3. ¿Qué tipo de parto tuvieron y como fue la experiencia? ¿Cuáles fueron las justificaciones?
4. ¿Cuáles fueron las indicaciones durante el trabajo de parto?
5. ¿Qué paso cuando nació el bebé?
6. ¿Cómo fue la experiencia de la primera lactancia?
7. ¿Qué es lo positivo que resaltan en la atención hospitalaria durante el parto?
8. ¿Qué es lo negativo que resaltan en la atención hospitalaria durante el parto?