

INICIATIVAS QUE FOMENTAN LA INTEGRACIÓN DE SABERES EN LA ATENCIÓN
DEL PARTO Y EL NACIMIENTO EN EL VALLE DE ABURRÁ Y ALGUNOS MUNICIPIOS
CERCANOS, 2017

ESPERANZA DOMÍNGUEZ RAMOS

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Colectiva

ASESORA:

DORIS ELENA OSPINA MUÑOZ

MG. Salud Colectiva

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA

MEDELLÍN, 2017

Agradecimientos

Porque los sueños no se logran solos...

Laura, Mateo, Catalina, Johana, Katherine, Memito y Santiago; a ustedes agradezco por la paciencia y el apoyo que tuvieron conmigo en mi “ausencia presencial” como mamá, hija, hermana y tía durante estos dos años y medio.

Doris Ospina Muñoz, me dejaste sin palabras para agradecerte por ayudarme a crecer y por la confianza que depositaste en mí.

A mis participantes, por impregnar mi trabajo de amor.

Lina y Yudy, gracias por bajar mis tensiones.

Y cómo no agradecer a mis amantes, que me sirvieron de inspiración en los momentos de desesperación.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	30
4. OBJETIVOS	31
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6. MARCO TEÓRICO	31
6.1. Historia de los derechos sexuales y reproductivos	32
6.1.2. Perspectiva de derechos en salud	40
6.1.3. Perspectiva de género	41
6.2. Salud materna en el marco de la salud intercultural y la superación del modelo biomédico	42
6.2.1. Parto	49
6.2.2. Atención integral del parto	52
6.2.3. Cuidado humanizado	56
6.3. Acción colectiva y movimientos sociales	56
7. METODOLOGÍA	62
7.1. Tipo de estudio	62
7.2. Enfoque del estudio	64
7.3. Ubicación del estudio	66
7.4. Criterios para la selección de participantes	67
7.5. Instrumentos y recolección de datos	67
7.5.1. La Encuesta	68
7.5.2. Entrevista semiestructurada	68
7.5.3. Observación participante	69
7.5.4. Diario de campo	71
7.5.5. Revisión documental	72
7.5.6. Estudio exploratorio	72
7.6. Sistematización y análisis de la información	73
8. CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO	76

8.1 Confiabilidad y validez	76
8.2. Credibilidad	77
8.3. Auditabilidad o Confirmabilidad	78
8.4. Transferibilidad o aplicabilidad	78
8.5. Representatividad	79
8.6. Relevancia	79
8.7. Reflexibilidad	80
8.8. Difusión	81
9. CRITERIOS ÉTICOS	81
9.1. Validez social	83
9.2. Validez científica	84
9.3. Selección equitativa de participantes	84
9.4. Proporción favorable de riesgo-beneficio	84
9.5. Evaluación independiente	85
9.6. Consentimiento informado	86
9.6. Respeto por los sujetos inscritos:	86
9.7.1. Confidencialidad	86
9.7.2. Libertad y No coerción	87
9.7.3. Devolución y reciprocidad	87
9.7.4. Justicia y equidad	88
9.7.5. Autonomía	88
9.8. Asociación colaborativa	88
9.9. Conflicto de intereses	89
9.10. Autorizaciones institucionales	89
10. RESULTADOS	89
10.1. El contexto de atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos	91
10.2. El origen de las iniciativas: La sincronización de los hechos y las ideas.	95
10.2.1. “Lo viví en carne propia”: La motivación de Lucy:	95
10.2.2. “Que tengamos un referente de amor”: La búsqueda de Fanny en los municipios	

cercanos	98
10.2.3. El encuentro con el Dr. Bernardo Agudelo Jaramillo	99
10.2.4. El surgimiento de Mamás Tejiendo Caminos	105
11. DISCURSOS QUE AVALAN LAS INICIATIVAS Y SU RELACIÓN CON NUESTRO CONTEXTO CULTURAL.	110
11.1. Lineamientos internacionales, nacionales y departamentales	111
11.2. Michael Odent y su teoría	116
11.3. Teoría del Microbioma Humano	118
11.4. Derechos humanos de la mujer y derechos sexuales y reproductivos	122
11.5. Parto humanizado	125
11.6. El yoga	128
12. REPERTORIOS DE ACCIÓN SOCIAL O COLECTIVA	130
12.1. Acciones académicas	132
12.2. Acciones institucionales	135
12.3. Acciones grupales	137
12.4. Acciones individuales	140
13. MOVILIZACIÓN DE INTERESES EN FAVOR DE LA SALUD MATERNA	143
13.1. Sector académico	144
13.2. Sector institucional	145
13.3. Sector de las agrupaciones	146
13.4. Sector individual	147
14. LOS SIGNIFICADOS PARA LOS ACTORES: “CÚMULO DE EMOCIONES”:	148
14.1. Exaltación del amor: el amor nos inspira y nos junta.	149
14.1.1. Desarrollo personal	151
14.1.2. Desarrollo profesional	153
14.2. Restitución social y cultural del sentido natural del parto: nos enamoramos de la maternidad	156
14.3. Motivación para transformar un paradigma: “Tenemos el llamado a recomponer el camino y a sostener y a transformar desde el amor”	163
14.3.1. Dificultades en el camino de la transformación	165

14.3.1.1. Poco compromiso con los lineamientos internacionales sobre atención del parto.	167
14.3.1.2. Barreras relacionadas con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.	170
14.3.1.3. Baja visibilización de la problemática relacionada con mala práctica obstétrica	171
14.3.1.4. Poca participación de los hombres	171
15. DISCUSIÓN	174
15.1. La acogida de los lineamientos internacionales para la transformación del modelo de atención del parto	175
15.2. La formación en salud como una de las principales barreras para el cambio en el modelo de atención del parto	178
15.3. La doulas y su reconocimiento en el sistema de salud	181
15.4. La financiación y la investigación para la transformación de servicios de salud materna	183
15.5. La integración de otros saberes en la atención del parto sin riesgo	184
15.6. La resistencia institucional al discurso de los derechos sexuales y reproductivos y ausencia de una ley que los garantice en la atención del parto	188
15.7. Análisis desde la perspectiva de género	193
16. CONCLUSIONES	195
17. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD COLECTIVA	198
18. REFERENCIAS	200
19. ANEXOS	223
Anexo 1 Guía entrevista	223
Anexo 2 Encuesta sociodemográfica	225
Anexo 3 Guía de observación	225
Anexo 4 Consentimiento informado	226
Anexo 5 Autorización de las organizaciones o sus representantes para realizar la investigación	232
Anexo 6 Aval del tutor	234
Tabla 1	235
Tabla 2	236

Tabla 3

236

Tabla 4

237

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación buscó conocer las diferentes iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos¹. Por “integración de saberes” se entiende la transformación de alguno o varios aspectos del modelo de atención biomédica, articulando conceptos, elementos, instrumentos y/o prácticas traídas de culturas propias o ajenas al contexto colombiano y que buscan un diálogo de saberes, sobre el parto y el nacimiento, entre el modelo convencional (biomédico, hegemónico), y otros sistemas médicos o medicina complementaria, tales como la medicina basada en productos naturales, la medicina de la mente y el cuerpo y la confianza en las capacidades del mismo. Todos estos se caracterizan por tener una visión integrativa con la medicina convencional y hay investigaciones que sustentan su inocuidad y eficacia (National Institute of Health. US., 2011).

La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo de orientación etnográfica. A partir de la voz de quienes participaron en el estudio se describe cómo es su forma de concebir la atención del parto y el nacimiento y lo que hacen para integrar su visión en el modelo convencional de atención del parto y el nacimiento en el sistema de salud colombiano. A partir de la observación participante y entrevistas semiestructuradas fue posible identificar los discursos que sustentan su concepción del parto y el nacimiento, las acciones que buscan la integración de los modelos de atención del parto, el significado de la participación en las iniciativas y los obstáculos y las limitaciones para movilizar la conciencia social e institucional al respecto.

La propuesta de investigación surgió de mis reflexiones como enfermera profesional en un servicio público de salud materna y el reconocimiento de tres asuntos de interés para la Salud Colectiva, es de anotar que estos tres asuntos, que expongo a continuación, fueron vividos,

¹ Los municipios cercanos considerados en este estudio fueron: Envigado, Carmen de Viboral, La Ceja y Rionegro. En dichos municipios se fomenta la integración de saberes en la preparación y atención del parto y el nacimiento, aunque, por el anclaje institucional que tienen algunas de dichas iniciativas y las estrategias que desarrollan, es difícil sostener una delimitación espacio-territorial concreta.

observados y reflexionados en mi experiencia profesional.

1) Existe evidencia sobre malas prácticas obstétricas en el contexto estudiado y denuncias sobre la excesiva medicalización de la atención del parto. De manera conexas, la medicalización del parto también afecta los derechos del recién nacido, sin embargo, en aras de delimitar el abordaje del problema de esta investigación, el énfasis será puesto en la situación de las mujeres. [(Cano, 2012); (Ospina N., 2014); (Duque, 2013); (Arango, Avendaño, & Martínez, 2012)].

2) La mala práctica obstétrica y la excesiva medicalización del parto son problemas reconocidos y crecientes en el mundo debido a que, con frecuencia, generan no solo problemas de salud a las mujeres y sus bebés, sino que también redundan en una sistemática violación de los derechos de las mujeres. La intervención de estos problemas requiere una mirada con enfoque de derechos y perspectiva de género, a fin de propender por una mejor experiencia de parto para las mujeres. (Vasco, 2013); (Rizo, 2009); (Sadler, 2003); (Minsalud, 2013); (Rodríguez, Flórez, Moruno, & Pedro, 2012); (García, Díaz, & Acosta, 2012); (Castrillo, 2015); (Monroy, 2012); (Terán, Castellanos, González, & Ramos, 2013)].

3) En el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, existen diferentes iniciativas que, consecuentes con discursos de alcance internacional, --provenientes de la Organización Mundial de la Salud-OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF y algunas ONG's--, promueven cambios en la atención del parto y sugieren modelos de atención más consecuentes con la evidencia científica que sostiene que la desmedicalización del parto trae beneficios para la madre y su bebé y el sistema de salud. Dichas iniciativas buscan integrarse al modelo convencional de atención del parto y en mayor o menor medida buscan el abordaje intercultural, centrado en la participación de la familia y el protagonismo de las mujeres en su parto.

En consecuencia, con estas observaciones, esta investigación parte de dos premisas. La primera es que la salud es un derecho fundamental de las mujeres que con frecuencia es vulnerado en los procesos de atención del parto. La segunda es que los derechos son dinámicos, interrelacionados, interdependientes y responden, para su definición, consolidación, avance y garantía, a diferentes tipos de acción social y política. Se entiende que estas acciones son el resultado de la

organización de “actores políticos y/o colectivos”, que desafían a las interpretaciones dominantes de la realidad e impulsan a la movilización para generar un cambio social (Martí I Puig, 2010).

La segunda premisa, interrelación entre derechos y movimiento social, se evidencia de manera especial en la historia de los derechos sexuales y reproductivos (de los cuales hace parte la atención del parto con calidad) y de la salud materna. Estos derechos buscan proteger diferencialmente a las mujeres en cuanto al ejercicio de los procesos asociados a la sexualidad y a la reproducción e intentan corregir la histórica desigualdad en el desarrollo humano y social que el sistema patriarcal les ha impuesto.

Los avances en materia de conceptualización de los Derechos Humanos de las mujeres en las últimas décadas provienen, fundamentalmente, del Movimiento Internacional de Mujeres. El debate se recoge en dos componentes. El primero se refiere a cómo los derechos humanos se ven vulnerados en el caso específico de las mujeres. Los análisis en este componente priorizan el estudio y la denuncia de cómo las diferentes formas de poder afectan el derecho a la integridad personal, comprometiendo los conceptos de dignidad, seguridad, intimidad, libre elección y libre acceso. El segundo componente hace un llamado por una interpretación social, económica y cultural del contenido de los derechos en los casos que se ven comprometidas las mujeres (Petchesky & Rosalind, 2012). Este estudio se relaciona con ambos, parte de la evidencia respecto a la vulneración de derechos de las mujeres durante la atención del parto y se interesa por las concepciones de parto y atención del parto que se pueden identificar en las iniciativas sociales que fomentan la integración de saberes en el modelo de atención predominante en el contexto, lo que implica la identificación de significados sociales, posturas económicas y transformaciones culturales.

En conjunto, la salud materna ha sido eje de reflexión constante en los planes programáticos del desarrollo, en los que la reducción de la mortalidad materna y de las complicaciones durante la maternidad son indicadores importantes. Esto se recoge en los conceptos más amplios de salud sexual y salud reproductiva que constituyen ejes de mayor interés de las organizaciones de salud a nivel mundial tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización

Panamericana de la Salud (OPS), Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer –CLADEM-, entre otros.

En consecuencia con lo anterior, la pertinencia de este estudio para la Salud Colectiva se sustenta fundamentalmente en que la Salud Colectiva, como visión crítica del modelo biomédico y los procesos de formación en salud alejados de la visión biopsicosocial, histórica y política del proceso salud-enfermedad-atención-muerte, se interesa por identificar nuevas prácticas en salud, aportar reflexiones para la renovación de los programas de formación en salud y fomentar la movilización social en pro de transformaciones en el sector. Así, a la luz de los problemas expuestos, la Salud Colectiva reconoce la desatención y mala calidad de la atención de la salud materna como una fuente de tensión y malestar social que permite a profesionales de la salud y grupos de mujeres, especialmente, identificar nuevas necesidades de atención, integrar saberes y desplegar acciones colectivas con el propósito de transformar las prácticas hegemónicas de atención del parto en nuestro sistema de salud y favorecer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Lutz & Misol, 2006 – 2007); (Nieto, 2006); (Lais, 2006); (García & Díaz, 2010); (Pieschacón, 2013); (Portela, Astaiza, Guerrero, & Rodríguez, 2013); (Nureña, 2009); (Rodríguez, 1998)].

Para la Salud Colectiva, una línea privilegiada de transformación y cambio del sector salud es aquella representada por la integración de saberes, cada vez más necesaria en un mundo plural y diverso, al que debe responder el sistema de salud, generando formas de atención que superen las barreras de comunicación y realicen las expectativas de profesionales y pacientes. Esto hará que la atención en salud sea más cálida, humana y, sobre todo, consensuada (Espinosa & Ysunza, 2009).

Como sostiene Zemelman, la ruptura con las formas hegemónicas de poder y subordinación sólo es posible por la vía de la construcción de nuevos saberes y prácticas que integren visiones del mundo y rompan con las lógicas de separación, segregación y exclusión que ha orientado la producción de ciencia en occidente y favorecido la infiltración del poder en las prácticas de salud, imponiendo un único concepto de salud y normalidad sociocultural (Zemelman, 2003)

Actualmente, a nivel internacional hay un clima favorable a la integración de saberes en salud, expresado por ejemplo en varias declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, en especial en el campo de la salud materna, que debe ser fortalecido por la investigación desde posturas críticas como la de la Salud Colectiva. A ese respecto, han comenzado a aparecer conceptos tales como salud intercultural que, en una significación amplia, podemos entender como el equilibrio entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud, enfermedad, vida y muerte, el cuerpo biológico, social y relacional (Ibacache, 1997). Dicho equilibrio da lugar a la ampliación de los criterios éticos para la atención en salud, lo que implica la posibilidad de comprenderse mutuamente respecto a las diversas formas de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención-muerte y darle cabida a la solidaridad, autodeterminación y autonomía de las personas respecto a la atención de su salud.

Como hemos visto, la salud materna, en especial la atención del parto, constituye una oportunidad para dicha integración, contando no sólo con las reflexiones de los profesionales de la salud y las mujeres, sino también con la participación de la comunidad y la sociedad civil que son en última instancia quienes tienen el potencial y la capacidad para organizarse, realizar acciones colectivas para confrontar las representaciones sociales sobre las prácticas en salud y movilizarse para ampliar y buscar la garantía de los derechos tanto por vía social como jurídica. Cada uno de los procesos subyacentes a esta transformación es objeto de interés de la Salud Colectiva.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación se enmarca en el campo de la salud materna, entendida como aquella área de estudio que “comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto” (OMS, 2017). Se centra específicamente, en las tensiones que actualmente se pueden identificar alrededor de la atención del parto en el contexto del Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos.

El problema que se aborda en esta investigación se configura alrededor de los siguientes ejes

de reflexión: a pesar de la reducción general de la mortalidad materna en el mundo siguen faltando esfuerzos para asegurar la atención en salud materna. Las recomendaciones para avanzar en este campo incluyen la incorporación de conocimiento basado en la evidencia sobre beneficios de la desmedicalización del parto y control del intervencionismo médico; la incorporación del discurso y las prácticas sobre el parto humanizado y respetado en el proceso de atención; la integración de prácticas y saberes culturales presentes en doulas y parteras, tanto en la atención de la gestación como del parto y el postparto; la participación de la comunidad y la organización civil en la veeduría de los servicios, la gestión de recursos para la atención y la investigación; y la movilización social en favor de los derechos sexuales y reproductivos, esto incluye acciones sociales y colectivas relacionadas con poner en la agenda pública la discusión sobre la atención del parto y la gestión de leyes relacionadas con el control de la violencia obstétrica y transformación del modelo de atención convencional del parto.

El estudio parte de la consideración de que la maternidad es a menudo una experiencia positiva para las mujeres y las familias, sin embargo, no está exenta de riesgos que pueden costar la salud o la vida a la madre y su bebé. Complicaciones tales como hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido, son responsables aproximadamente del 70% de la mortalidad mundial materna evitable con atención especializada antes, durante y después del parto (OMS, 2017).

Por esta razón, el programa mundial denominado Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente en lo relacionado con el objetivo 5: mejorar la salud materna, se propuso reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y dar acceso a los servicios de salud reproductiva a todas las personas. Planteó como dos indicadores clave de ese objetivo, la reducción de la razón de mortalidad materna y el aumento de la proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado.

El informe 2015 sobre ODM sostiene que:

La razón de mortalidad materna (RMM; muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos) mundial disminuyó en cerca de un 44% en los últimos

25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80% [II80] : 359 a 427) en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos (II80: 206 to 249) en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, entre 1990 a 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180. Aproximadamente el 99% (302 000) de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo; destaca el África subsahariana con cerca del 66% (201 000), seguida de Asia Meridional (66 000) [...] El riesgo estimado de muerte materna a lo largo de la vida en países con ingresos elevados es de 1 por 3300, en comparación con 1 por 41 en los países de ingresos bajos (OMS, 2015, pág. 39).

Según este informe, América Latina pasó de una razón de mortalidad materna de 130 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 77 por 100.000 en 2013, con una reducción del 40% en el período y un porcentaje anual de cambio de -2,2%. Para el caso de Colombia, los progresos fueron insuficientes, con un porcentaje anual de reducción en su RMM entre 1990 y 2010 menor del 2%. Colombia pasó de una razón de mortalidad de 100 en 1990 a 82 por 100.000 nacidos vivos en 2013, con una reducción del 17% y un porcentaje anual de cambio de -0.8% (rango de incertidumbre entre -2,5% y -0,9%). Para el 2014, la razón de mortalidad se calculó en 69,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, identificándose aproximadamente 358 casos de muerte materna. Cifra que no representa una reducción importante respecto al 2013.

Al igual que en muchos países, en Colombia la mortalidad materna está asociada a las poblaciones más pobres y con bajo nivel de escolaridad: el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente. Así, departamentos con un índice de pobreza mayor, tales como Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo muestran mayor mortalidad que aquellos que tienen mejores condiciones de desarrollo

tales como Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Los datos específicos de mortalidad materna en el departamento de Antioquia muestran un comportamiento favorable en los últimos años, con tendencia al descenso de la mortalidad por causas directas. “En 2014 el número de muertes maternas en el departamento fue de 24 y la razón de mortalidad de 31,7 por 100.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad por causas directas pasó de 46.2 en 2004 a 22.5 en 2014” (Secretaría de Salud de Antioquia, 2014).

En la siguiente tabla² se observa el comportamiento de las muertes maternas en el departamento para el período 2004-2014

² Tomada de: Secretaría de Salud de Antioquia. situación de salud del departamento 2014. salud sexual y reproductiva Disponible en: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/0-5-sexualidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/5-sexualidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/>

Subregión	Datos	Año, número de MM, número de nacimientos y Razón de MM											Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Antioquia	Muertes maternas	57	63	59	39	39	43	35	44	40	33	24	476
	Nacimientos	94899	94636	94141	92465	90973	85955	78207	76417	77139	74757	75610	935199
	Razón	60,1	66,6	62,7	42,2	42,9	50	44,8	57,6	51,9	44,1	31,7	50,9
Urabá	Muertes maternas	15	11	15	11	6	8	5	9	12	10	8	110
	Nacimientos	11998	12213	12321	11945	11714	11011	10221	10674	10640	9709	9813	122259
	Razón	125	90,1	121,7	92,1	51,2	72,7	48,9	84,3	112,8	103	81,5	90
Bajo Cauca	Muertes maternas	6	9	8	3	6	3	3	4	5	4	3	54
	Nacimientos	5626	6034	6299	5934	5990	5761	4839	4762	5302	5247	4913	60707
	Razón	106,6	149,2	127	50,6	100,2	52,1	62	84	94,3	76,2	61,1	89
Magdalena Medio	Muertes maternas	3	1	2	0	0	2	1	2	0	1	1	13
	Nacimientos	2298	2274	2286	1998	2073	1969	1648	1760	1546	1370	1277	20499
	Razón	130,5	44	87,5	0	0	101,6	60,7	113,6	0	73	78,3	63,4
Nordeste	Muertes maternas	3	3	2	1	2	5	1	3	0	3	0	23
	Nacimientos	3493	3434	3230	3072	3062	2914	2801	2782	2695	2387	2350	32220
	Razón	85,9	87,4	61,9	32,6	65,3	171,6	35,7	107,8	0	125,7	0	71,4
Norte	Muertes maternas	8	5	1	2	1	2	4	1	2	3	2	31
	Nacimientos	4891	4747	4688	4576	4312	4001	3646	3419	3334	3203	3041	43858
	Razón	163,6	105,3	21,3	43,7	23,2	50	109,7	29,2	60	93,7	65,8	70,7
Occidente	Muertes maternas	3	4	4	2	2	0	3	3	2	2	0	25
	Nacimientos	3290	3249	3189	2932	2879	2571	2613	2416	2487	2306	2372	30304
	Razón	91,2	123,1	125,4	66,2	69,5	0	114,8	124,2	80,4	86,7	0	82,5
Oriente	Muertes maternas	1	5	2	4	3	0	4	4	3	2	1	29
	Nacimientos	9011	8674	8392	8392	8114	7514	6991	6808	7007	6969	7172	85044
	Razón	11,1	57,6	23,8	47,7	37	0	57,2	58,8	42,8	28,7	13,9	34,1
Suroeste	Muertes maternas	3	5	4	2	3	4	1	2	2	1	1	28
	Nacimientos	6417	5927	5632	5471	5117	4735	4339	4210	4151	3858	3687	53544
	Razón	46,8	84,4	71	36,6	58,6	84,5	23	47,5	48,2	25,9	27,1	52,3
Valle de Aburrá (sin Medellín)	Muertes maternas	5	7	5	3	4	7	8	6	4	3	4	56
	Nacimientos	14053	14395	14240	14093	14001	13089	12266	11855	12161	12143	12656	144952
	Razón	35,6	48,6	35,1	21,3	28,6	53,5	65,2	50,6	32,9	24,7	31,6	38,6
Medellín	Muertes maternas	9	13	16	11	12	12	5	10	10	4	4	106
	Nacimientos	33577	33515	33655	33781	33228	31893	28587	27675	27816	27565	28329	339621
	Razón	26,8	38,8	47,5	32,6	36,1	37,6	17,5	36,1	36	14,5	14,1	31,2

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2004 – 2014. Nacidos vivos DANE, procesados por la SSSA.

Según el análisis del plan departamental de desarrollo 2012-2015, se cumplió la meta de mortalidad materna por causas directas (Razón de MM directa 2014 observada fue 22,5 muertes por 100.000 NV, meta a 2015: 29 por 100.000 NV). Igualmente, el departamento cumplió con la meta establecida por el objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con una Razón de mortalidad materna inferior a 45 muertes por 100.000 NV (Secretaría de Salud de Antioquia, 2014).

A pesar de los logros reportados, tanto en el informe ODM como en los informes nacionales y departamentales, se requiere avanzar y fortalecer las estrategias para alcanzar las metas de reducción de la mortalidad materna. Se sugiere, entre otras recomendaciones, buscar la atención integrada entre programas de salud, buscando el mejor rendimiento de la inversión en salud, fortalecer las alianzas público-privadas para potenciar la innovación y la simplificación de la tecnología disponible para la atención del nacimiento y mejorar su acceso a la comunidad, concentrarse en los momentos de mayor vulnerabilidad para las mujeres y sus bebés, es decir, en el parto y el postparto y fomentar simultáneamente los derechos humanos, la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y la reducción de la pobreza (OMS, 2015).

En el plano de la salud materna se sostiene que “la mortalidad materna es la expresión más evidente de la iniquidad y desigualdad a la que están sometidas las mujeres. Refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres” (Gallego, Vélez, & Agudelo, 2010, pág. 20). En el sistema de cultura patriarcal las mujeres son regularmente controladas y se les limita o niegan sus derechos sexuales y reproductivos no solo en el ámbito privado sino también en el público, en el que con frecuencia los proveedores de la asistencia médica, que no tiene un entrenamiento adecuado en salud materna, presentan fallas en la comunicación y la atención de eventos obstétricos (Gallego, Vélez, & Agudelo, 2010).

En nuestro contexto, por ejemplo, son de amplio reconocimiento dos asuntos problemáticos en la calidad de la atención en salud materna creando tensiones alrededor de la misma. Primero, existe evidencia sobre malas prácticas obstétricas derivadas de la excesiva medicalización de la atención del parto, lo cual se manifiesta en las denuncias por el aumento de cesáreas injustificadas, uso de tecnología innecesaria, prácticas obstétricas dañinas para la mujer y su bebé, y deficiencias en la atención del parto por escasez de salas de maternidad. Alrededor de lo anterior se configuran problemas de atención en salud para las mujeres, sus bebés y sus familias que requieren intervención y gestión [(Cano, 2012); (Ospina N. , 2014); (Duque, 2013); (Arango, Avendaño, & Martínez, 2012)]. Dentro de este eje podemos incluir las cesáreas realizadas sin necesidad, ellas se constituyen en un tipo de violencia contra la mujer, ya que son

decisiones médicas que, en muchos casos, sin ser necesarias, se realizan a gran número de mujeres, induciendo un mayor riesgo para la vida de la madre y su bebé que está por nacer. Comparado con el parto vaginal espontáneo, la realización de cesárea se relaciona con un aumento del riesgo de muerte, mayores ingresos a la unidad de cuidados intensivos por las complicaciones, necesidad de transfusiones de sangre e incluso la realización de histerectomías. Además, se demuestra un gran problema para reducir las cifras de cesáreas, acciones que se han realizado, como aumentar honorarios a los médicos, suministrar información a las embarazadas para ayudar en la toma de decisiones, realizar guías clínicas de atención, la realización de auditorías, la comunicación de resultados de estudios sobre el tema y las clases dictadas por enfermeras en atención primaria sobre educación prenatal, no parecen ser efectivas como intervenciones preclínicas para reducir el índice de cesáreas (Richard, 2012).

En cuanto al tema, para el 2015, la OMS declara que solo se deben realizar las cesáreas que sean necesarias, ser determinada por el médico, ya que esta puede causar complicaciones para la madre y su bebé. Si bien las cesáreas salvan vidas, se hace el llamado a una correcta clasificación del riesgo con un sistema de clasificación normalizado e internacionalmente aceptado que permita seleccionar las gestantes que realmente requieren el procedimiento (OMS, 2016).

Segundo, se acepta, además, que la mala práctica obstétrica y la excesiva medicalización del parto, de creciente ascenso en el mundo, con frecuencia, generan no solo problemas de salud a las mujeres y sus bebés, sino que también redundan en una sistemática violación de los derechos de las mujeres, como, por ejemplo, a la intimidad, la integridad, el acceso a la información, a estar libre de tratos crueles, entre otros. En general, el modelo predominante de atención del parto vulnera a las mujeres porque les impide tener control y empoderarse de los procesos asociados a su sexualidad y su reproducción [(Vasco, 2013); (Rizo, 2009); (Sadler, 2003); (Minsalud, 2013); (Rodríguez, Florez, Moruno, & Pedro, 2012); (García, Díaz, & Acosta, 2012); (Castrillo, 2015); (Monroy, 2012); (Terán, Castellanos, González, & Ramos, 2013)]

Retomando estudios realizados en torno a problemáticas en la atención materna podemos encontrar varias referencias a nivel Latinoamericano. En Argentina, se creó el observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos como una iniciativa del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo en Argentina (INSGENAR), que en sociedad con el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM); inician una investigación en el año 2002 sobre la vulneración de los derechos humanos relacionados con la atención en salud reproductiva en hospitales públicos de Argentina. A partir de testimonios sobre “*violencia obstétrica*”, el INSGENAR edita dos Libros: “Con todo al aire I” y “Con todo al aire II”, donde se analiza la vulneración de los derechos de la mujer. Esta publicación sirvió de apoyo para la defensa de los derechos de la mujer, haciendo un llamado a denunciar todo caso de violencia y vulneración de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos durante la atención de la gestación, parto y postparto (INSGENAR, 2008).

En Venezuela, investigaciones revelan las tensiones que rodean la atención del parto, entrevistas al personal de salud que atiende a las mujeres en el parto dan cuenta de la forma en que se medicaliza y se patologiza este proceso, contando también con testimonios de mujeres que relatan sus experiencias y los malos tratos recibidos (Camacaro, 2009). A pesar de que Venezuela cuenta con ley que protege los derechos de las mujeres en el parto, un estudio titulado “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud” encuentra como resultado que el 87 % del personal de salud sabe de la existencia de la Ley, pero sólo el 45,7 % saben cómo se aplica (Faneite, Feo, & Toro, 2012).

Desde las voces de las mujeres, en México, se llevó a cabo una investigación donde los resultados fueron significativos, un 11% de las mujeres reportaron haber sentido maltrato por parte del personal de salud, un 19% recibió maltrato verbal con limitante para expresar sus emociones y el dolor que sentían en el trabajo de parto, un 8% reportó maltrato físico como golpes en las piernas, pellizcos, entre otros; además, se describen el abuso en la frecuencia de tactos vaginales y de suturas sin anestesia (Valdez, Hidalgo, Mojarro, & Arenas, 2013).

En Colombia, se pueden encontrar estudios que dan testimonio de la ocurrencia del fenómeno,

el documental realizado por el director Colombiano Jorge Caballero, titulado: “*Nacer, Diario de Maternidad*” realizado en hospitales de Bogotá, ilustra la saturación de los hospitales, los cuales se hallan sumergidos en las prácticas rutinarias y se le dificulta al personal de salud hacer caso a las necesidades de las parturientas y sus familias; las mujeres gestantes se encuentran en la mayoría de las ocasiones solas o con personas extrañas que no les brindan afecto y comprensión (Caballero, 2012).

Para el 2015, El grupo médico por el derecho a decidir, de Colombia, quienes luchan por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, ponen el tema en debate, afirmando que “en la práctica obstétrica se hace evidente la frecuencia con la cual el personal asistencial incurre en prácticas irrespetuosas y violentas que, como resultado de constructos socioculturales, naturalizan la violencia contra las mujeres” (Tamayo, 2015, pág. 5).

Los estudios expuestos, dan cuenta de la ocurrencia de violencia alrededor de la atención materna, problemática que a la fecha no ha sido superada [(Freire, Luces, Mosquera, & Tizón, 2016), (Espín & Núñez, 2016), (Cruz & Forero, 2016), (Vallana Sala, 2016), (Gherardi, 2016), (Fernández, 2017)].

En Colombia, como factor contribuyente para la violación de derechos a la mujer en su proceso reproductivo, podemos encontrar un ineficiente sistema de salud, el cual está basado en el capitalismo y en la productividad, notorio en la tendencia a la privatización de los servicios de salud. Sumado a esto, se evidencia la violación de derechos inherente a la estructura del sistema en cuanto a la negación de servicios, atenciones aplazadas por falta de recursos físicos o humanos, saturación de los servicios de salud entre otros (Abadía-barrero & et, 2007). Valga aclarar que el cuidado materno-infantil tiene prioridad en la atención y que, por ser la gestación, el trabajo de parto y el parto categorizados como un diagnóstico médico se requiere la atención institucional. Así, las mujeres en este proceso reproductivo deben hacer uso del sistema de salud. Esto es algo paradójico si se tiene en cuenta el cierre de salas de maternidad que no han sido reemplazadas. Ejemplo de ello es que una de las clínicas más reconocidas en la ciudad de

Medellín, donde nacían la mayoría de los ciudadanos hace casi 10 años fue cerrada, distribuyéndose esta población materna al resto de clínicas de la ciudad (Ospina G., 2016).

La mala situación de los hospitales ha sido titular de varios medios de comunicación importantes en el país durante los últimos cinco años, dando cuenta de condiciones como jornadas de trabajo intensas, retraso en pagos de nómina, falta de insumos, espacios reducidos, baja calidad en la prestación de servicios de salud, retraso en la atención, saturación de los servicios, entre otros factores que desencadenan una marcada crisis hospitalaria y negligencia médica que podría ser causa de violencia institucional [(El tiempo, 2016), (El Heraldo, 2016), (El Tiempo, 2015), (El Pulso, 2014), (El Colombiano, 2012)].

De acuerdo a lo descrito, la vulneración de derechos y la baja calidad en la atención de la gestación, parto y postparto viene ocurriendo en el país; su invisibilidad y la falta de regulación son puntos problemáticos a los que se le debería fijar la mirada.

Medellín no escapa a esta situación; para ilustrar un poco el asunto, investigaciones del grupo “NACER” salud sexual y reproductiva de la Universidad de Antioquia, encuentran una gran asociación de la morbilidad materna extrema con las deficiencias en la calidad de la atención prestada, un estudio realizado por este grupo revela la importancia de asegurar servicios ginecobstétricos que sean de calidad e idóneos, tanto en la capacidad de instalación para responder a las necesidades de las maternas, como en la adherencia del personal de salud a las recomendaciones internacionales para la atención obstétrica (González Ortiz LD, 2014).

Laura F. Belli, en su artículo “*La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*”, afirma que esta problemática o éste tipo de violencia contra la mujer tiene sus inicios desde el paradigma predominante de la medicalización y tecnificación de los servicios de salud y esa tendencia de la ciencia de apropiarse de los procesos naturales del ser humano; esta condición toma cada vez más fuerza en la atención de la materna y es un tema ignorado en la actualidad, el cual se debe visibilizar y plantearle solución (Belli, 2013).

Entiéndase aquí entonces por medicalización “la influencia de la medicina en casi todos los

aspectos de la vida cotidiana, y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno” (Mainetti, 2006, pág. 72). Foucault, también señaló que a partir del siglo XVIII, la existencia, el comportamiento, la conducta y el cuerpo humano se incorporan en una red de medicalización que, en su funcionamiento, no se escapan de la medicina (Foucault, 1977).

Podemos encontrar en la literatura una gran influencia de las relaciones de poder alrededor de la problemática expuesta; desde el nacimiento de la medicina moderna hasta la actualidad y tomando en cuenta los aspectos sociales de cada época, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, así pues, el poder médico se adjudica el derecho de estipular cómo deben ser tratados los cuerpos y la vida de las mujeres (Camacaro, 2009). Para autores como Ana Flavia, Janaina Marques, Lilia Blima, la raíz del asunto se centra, en la relación vertical establecida entre médico-paciente. La ciencia se determina como la fuente del poder médico y se basa en dos pilares importantes: la legitimidad científica de su conocimiento y la dependencia de los individuos a dicho conocimiento, ya que tener salud tiene mucho valor para los individuos y la no obediencia a la autoridad médica puede resultar en daño para la salud del paciente; por ello surge la sumisión, acarreando consigo una excesiva confianza en el médico. Este exceso de confianza, convierte al paciente en un ser permisivo, invisibilizando situaciones que pueden estar afectando su salud (Flavia, Marques, & Blima, 2013).

Sumado a lo anterior podemos hablar de un lento y diferencial progreso de la regulación de la atención materna en la región. En Brasil se habla específicamente del Movimiento por la Humanización del Parto, “liderado desde los años 80 por el movimiento feminista y paralelamente por las mujeres que venían trabajando en las casas de parto, como las parteras obstetras” y que vienen desmintiendo los mitos que rodean el modelo tecnocrático de parto y formulando una alternativa sólida, basada en evidencias y no en hábitos” (Onrubia, 2013).

Apoyándose en las recomendaciones de la OMS y llevando a cabo las propias a través de REHUNA (plataforma que reúne ONGs, grupos feministas, profesionales de la medicina alternativa y expertos en terapias

corporales contra-culturales), defienden que tanto el embarazo como el parto y la lactancia son procesos naturales que en condiciones normales (las del 90 por ciento de los casos) no necesitarían intervención médica, aunque sí, el cuidado de profesionales cualificados y las correctas condiciones técnicas (Onrubia, 2013, pág. 5).

Su repertorio de acción incluye elaboración de material educativo, propuestas en políticas públicas y articulación del término “humanización” en la asistencia y empoderamiento de las mujeres como sujeto de derecho. Este movimiento se integra en el contexto de lucha del Movimiento Internacional de Mujeres por los Derechos Humanos y pasa por una etapa crucial. A pesar de la trayectoria del movimiento, solo en febrero de 2017 se aprobaron las Directrices Nacionales de Asistencia al parto normal, las cuales fueron construidas después de un amplio proceso de consulta a expertos, grupos de mujeres, organizaciones sociales y profesionales de la salud (Onrubia, 2013).

Similares procesos se están viviendo en otros países de Latinoamérica como Bolivia, Argentina, México y Perú que ya cuentan también con una ley específica de parto humanizado. En Bolivia desde 2004 se regula la atención del parto dentro de una normativa a partir de la Resolución Ministerial No 0496, en la que se resaltan prácticas tales como promover y facilitar el cambio de posición y deambulación de las embarazadas, la presencia de un familiar o allegado de la embarazada, la ingestión de líquidos, la eliminación del uso rutinario de enema y rasurado del vello pubiano, restringir la práctica de la episiotomía, devolver la placenta a las madres puérperas que lo soliciten o acepten. Además, hace énfasis en la necesidad de tener profesionales de salud capacitados en la atención del parto humanizado (Araoz, 2007).

En Argentina, desde el 2004, se promulgó la Ley de parto Humanizado N°25.929, pero solo fue reglamentada en el 2015 por medio del decreto 2035. En esta Ley se resaltan derechos para la madre, su bebé y la familia, basados en el respeto y el control del intervencionismo médico durante el parto (Minsalud Argentina, 2017).

En México, con el apoyo de la asociación Parto Libre y otros grupos sociales se aprobó la NOM 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y de la persona recién nacida. Esta norma desaconseja las prácticas agresivas innecesarias y promueve la autonomía de la mujer en su proceso de parto.

En Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal ofrece la posibilidad de escoger la modalidad del parto: con acompañante, vertical y con analgesia (INMP, Instituto Nacional Materno Perinatal Lima, Perú, 2017). Esto como fruto del proyecto que desde 2014 promueve la implementación del parto humanizado en el país (INMP, República de Perú. Ministerio de Salud, 2014).

En Chile, donde existe una gran tendencia al parto por cesárea, llegando a un 76% en el sistema privado y a un 37% en el sistema público (Luengo, 2016), desde enero del 2015 se presentó un proyecto de ley que por primera vez busca perseguir este tipo de violencia en el país, y darles así, a todas las mamás, la posibilidad de tener un parto humanizado y respetuoso. En mayo de 2016 se inauguraron las Salas de Parto Integral (SAIP), una infraestructura con la que vienen los nuevos hospitales, parte del compromiso ministerial de avanzar hacia un modelo de parto personalizado en el sistema público, apoyado por el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (Morales, 2016).

En Ecuador, un 40% de partos son inducidos. En abril de 2016 se presentó simultáneamente un proyecto de Ley de parto humanizado bajo la idea que debe ser una política de Estado (Reinoso, 2016) y “*El proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud*”, donde se recoge la necesidad de recuperar la práctica de la atención ancestral y alternativa del parto y garantizar el acompañamiento a las mujeres en el mismo. El Consejo de Administración Legislativa pedía posteriormente que ambas propuestas se fusionen en una sola” (El parto es nuestro, 2016).

En Venezuela desde diciembre de 2015 se realizó, en la Asamblea Nacional, el segundo debate a la Ley de parto humanizado promovida por diferentes organizaciones sociales. Uno de los principales preceptos de la ley es penalizar la violencia, el maltrato obstétrico y garantizar que en el parto y el nacimiento prevalezcan el respeto y las relaciones afectivas entre la madre, el

padre y el recién nacido (Dorante, 2016).

En Uruguay, en 2014, la Dirección Departamental de Salud de Montevideo, inauguró, como parte de una experiencia de prueba piloto, financiada con recursos internacionales y el apoyo de la facultad de Medicina de la Universidad de la República, la primera sala de parto humanizado. El proyecto incluyó la capacitación y sensibilización del personal (Montevideo Portal, 2014). La normativa vigente en Uruguay Ley N° 18.426 de 2008 (Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva) establece que: se debe “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”. Así como “brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas” (Red 21, 2017).

Por el contrario, este parece ser un objetivo muy lejano en Paraguay, donde a pesar de que el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018, del Ministerio de Salud paraguayo prevé que las madres puedan elegir compañía y la posición del parto, en cuclillas o acostadas, respetando cuestiones culturales y sociales de cada familia, siempre que la condición clínica lo permita, en la mayoría de centros de referencia materna, no existe la infraestructura para que esa persona pueda acompañar a la parturienta (Borja, 2015).

Los esfuerzos por crear una regulación en Colombia, que evite o sancione la violación de derechos durante el proceso reproductivo van a paso lento en comparación con otros países. En este país, desde el 2007 se viene gestionando el proyecto de Ley por el cual se protege la maternidad y el parto digno y se dictan otras disposiciones. Este proyecto tiene como objetivo, reducir las desigualdades en la salud materna; surgiendo de una necesidad sentida por mejorar la calidad en la atención obstétrica y reducir las cifras de morbilidad y mortalidad. Con ello, se pretende contribuir al cumplimiento de uno de los objetivos del milenio “salud materna”. También, que la mujer reciba información de su salud y la del bebé que viene en camino, contar con un eficiente control prenatal, tener un parto individual y respetado y tomar decisiones sobre este, sus etapas y el uso o no de métodos farmacológicos para atenuar el dolor (Congreso de la República de

Colombia, 2007). Este proyecto, luego de ser aprobado en sesión del Senado, pasó a sanción presidencial y continua a la espera de su aprobación, por el momento el estado del proyecto es: “*archivado*” (Congreso de la República de Colombia, 2013).

En los diferentes países estas leyes e iniciativas se apoyan en las recomendaciones de la Organización mundial de la salud respecto a la atención del parto normal, las cuales apuntan a mejorar la calidad de la atención de las mujeres en su proceso reproductivo y evitar complicaciones. Estas recomendaciones ilustran claramente que las intervenciones medicalizadas muestran una menor evidencia en cuanto a beneficios en la salud de la madre y su bebé (OMS, 2015).

La OMS recomienda que se deben abandonar formas de cuidado tales como: no permitir a las mujeres que tomen decisiones, insistir en el confinamiento institucional universal, restricción de la posición materna durante el parto, episiotomía rutinaria, repetir cesárea luego de cesárea anterior, inducción artificial del parto, uso de sedantes, separar a las madres de sus hijos, prohibir visitas de familiares, entre otras (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2002) y declara que “toda mujer tiene derecho a recibir el más alto nivel en cuidados de salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (OMS, 2014).

Es decir, se recomienda abandonar los malos tratos, la deficiente calidad en la atención materna y algunos procedimientos y prácticas médicas rutinarias que atentan contra la dignidad, la autonomía y la intimidad de las maternas se considera una violación de los derechos humanos y por ende un tipo de violencia contra la mujer conocida con el término de “*violencia obstétrica*”

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre los cuerpos y la sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Iranzo & Castañeda, 2007, pág. 63).

Sumado a las recomendaciones y declaraciones, la OMS en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), proponen “Diez pasos hacia una feliz lactancia materna” dentro de los cuales se encuentra la atención con calidad del parto. En este marco y como evolución de la propuesta de la OMS y la UNICEF en convenio con el Ministerio de Protección Social, en Colombia se establece la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral (IAMII), la cual en su paso cinco nos habla del trabajo de parto y parto con Calidad y Calidez que se resume en garantizar una atención con el acompañamiento de una persona significativa para la madre, en un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias y que se favorezca el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora (UNICEF, 2010).

En Antioquia como política departamental se crea “Buen comienzo Antioquia”, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y las niñas desde la gestación y durante su primera infancia, estableciendo con esto un marco constitucional para “la garantía de los derechos para el desarrollo pleno de sus potencialidades en condiciones de dignidad y afecto”. Incluye esta estrategia el parto y el nacimiento como “hechos personales únicos y fundamentales, acontecidos en las dimensiones de la corporeidad, sexualidad, intimidad, espiritualidad y afectividad de las mujeres, niños y niñas” (Asamblea Departamental de Antioquia, 2015).

Al margen de las vías legales en Colombia, en defensa de un parto “respetado”, podemos encontrar también la práctica de la partería, la autora Celmira Laza Vásquez en su artículo “*Una aproximación al estado de la partería en Colombia*” describe brevemente la historia de este saber, el cual debe su continuidad a la demanda insatisfecha de la atención materna en el sistema de salud y la incompleta cobertura en la atención de las mujeres en su proceso reproductivo, relata la autora que los cuidados de la partera no eran bien calificados por la ciencia, pero estos cuidados iban de la mano de la solidaridad, el apoyo y el acompañamiento, los nombra como “*cuidados con amor de madre*” (Laza, 2012). Como podemos apreciar este cuidado con solidaridad, apoyo, acompañamiento y libre de medicalización son los aclamados en la defensa de un parto respetado.

En resumen, si bien es cierto que las cifras de mortalidad materna han disminuido en el mundo y en nuestro contexto y que ello se debe, sobre todo, a mejoras en el acceso a la atención del parto asistido por profesionales de salud capacitados, todavía quedan muchas tareas pendientes en cuanto a mejorar la atención del parto y el nacimiento, eventos donde se concentran varias tensiones. En el desarrollo las estrategias mundiales, nacionales y departamentales, la sociedad civil está invitada a jugar un papel fundamental sobre todo en lo referente a educar, hacer, participar y movilizar a las comunidades, fortalecer la capacidad comunitaria y local para ampliar la aplicación de las intervenciones más apropiadas, vigilar los progresos y hacer que las partes interesadas (incluida ella misma) se responsabilicen de cumplir sus compromisos.

Como puede observarse, detrás de la gestión de leyes, políticas y cambios en la atención del parto, es posible identificar diferentes fuerzas que podemos denominar movimiento social. Según Archila, los movimientos sociales desarrollan “acciones sociales colectivas más o menos permanentes, orientadas a enfrentar injusticias, desigualdades o exclusiones, y que tienden a ser propositivas en contextos históricos específicos” (Archila, 2001, pág. 18). Al enfrentar injusticias y desigualdades, se trata netamente de una defensa de unos derechos ganados históricamente, en este caso, los derechos humanos de las mujeres. Es más, considerar a los individuos como sujetos de derechos ha sido resultado de normas y políticas públicas, pero, además, esto también tiene relación con el hecho de que “los individuos interactúan, negocian, resisten y/o subvierten las lógicas y mecanismos que instauran las legislaciones y las políticas públicas”. Logrando con sus acciones cambios en los escenarios políticos, ejerciendo así ciudadanía (Serrano, Pinilla, Martínez, & Ruiz, 2010, pág. 222).

Estudios realizados en varios países sobre movimientos sociales demuestran aspectos positivos de los mismos [(Torres, 2011); (Zaldúa, Sopransi, & Veloso, 2004); (Archila, 2001); (Serrano, Pinilla, Martínez, & Ruiz, 2010); (Tilly & Wood, 2013). Como muestra de la acción social, detrás de las modificaciones al modelo de atención del parto tenemos un volumen importante de información que denuncia y rechaza esta problemática y plantean alternativas de transformación de la realidad. A continuación se citan algunos ejemplos de este ejercicio

ciudadano en varios países incluyendo Colombia: citación a marchas en defensa del parto humanizado en Argentina (Dibene, 2015), conformación de varias mesas de trabajo para el debate en Argentina (Por el derecho a elegir como parir, 2013) reflexiones desde movimientos sociales en Venezuela (El Libertario, 2015) conformación del observatorio de violencia obstétrica en México (El Parto es Nuestro, 2015) aportes desde la salud colectiva brasilera donde se considera la lucha a la violencia obstétrica y se analiza la incorporación del género al campo de la salud (Scharaiber & d'Oliveira, 2014) grupo de mujeres que fomentan el parto respetado y defensa de derechos en el Valle de Aburrá, Colombia (Mamastejiendocamino, 2017) ; fundación que promueve el empoderamiento social en pro de la defensa de los derechos para un parto digno en Bucaramanga, Colombia (Fundación Camino Claro, 2017) , La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN, 2007) , entre otros.

Según Borrero & Echeverry (2014), en Colombia, el movimiento social por la salud ha quedado invisibilizado por el movimiento más amplio en defensa de derechos laborales y otras prerrogativas sociales. En consecuencia, creemos que también se ha invisibilizado la lucha por los derechos sexuales y reproductivos.

De ahí que sea necesario visibilizar lo que está pasando al respecto de la atención del parto en nuestro contexto, donde instituciones, académicos, fundaciones, corporaciones, entre otros, han alertado sobre la importancia de un parto orientado por el respeto de los derechos humanos; realizan campañas fomentando un parto respetado y humanizado, exponen esta problemática como una violación de derechos reproductivos a la que hay que hacer frente e iniciar con el análisis de la calidad de la atención en los servicios de salud y las expectativas que tienen las mujeres del contexto en cuanto a la atención del parto. Las campañas apuntan a la exigencia de transformaciones en la atención del parto y al cumplimiento de las recomendaciones y lineamientos, haciendo caso a la evidencia científica, respetando los derechos de la mujer y del recién nacido, atendiendo las necesidades del contexto y teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población.

En general, es este panorama el que abre las puertas a esta investigación sobre las iniciativas

que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos. Si bien existen lineamientos y recomendaciones por parte de organizaciones a nivel mundial, nacional y departamental para erradicar el problema que se viene planteando en este estudio, también hay una respuesta social que busca transformar una realidad en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los colectivos que se están viendo afectados. Es importante y pertinente entonces hablar de la acción social que se genera en respuesta a dos problemáticas específicas: en primer lugar, la hegemonía ejercida por el paradigma predominante de atención del parto y el nacimiento, el cual, como se mencionó anteriormente, está rodeado de la vulneración de derechos y malas prácticas y segundo, el lento progreso de la regulación y cumplimiento de recomendaciones y lineamientos.

En este marco, la pregunta que intenta responder esta investigación es ¿cómo conciben la atención del parto y el nacimiento quienes participan de las diferentes iniciativas que fomentan la integración de saberes en el modelo convencional de atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, y qué hacen en favor de dicha integración? La respuesta implica la identificación y descripción de las diferentes iniciativas, los discursos en que sustentan sus prácticas de atención del parto, los repertorios de acción colectiva y los significados de la participación en dichas iniciativas.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo conciben la atención del parto y el nacimiento quienes participan de las diferentes iniciativas que fomentan la integración de saberes en el modelo convencional de atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos?

¿Cuáles son y cómo surgen las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos?

¿Cuáles son los repertorios de acción colectiva usados para poner en debate el tema de la

atención del parto y el nacimiento?

¿Cuáles son los discursos que sostienen dichas iniciativas?

¿Qué significado tiene la participación en las diferentes iniciativas?

4. OBJETIVOS

Caracterizar las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, en el año 2017, a la luz de sus trayectorias, repertorios de acción y aproximación al parto y el nacimiento. Con el propósito de avanzar en la identificación y análisis de las acciones colectivas en favor de la salud materna en nuestro contexto.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender cómo conciben el parto y el nacimiento quienes participan de las diferentes iniciativas que, en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, fomentan la integración de saberes en la atención de estos procesos en el sistema de salud colombiano.
2. Establecer el contexto de surgimiento de dichas iniciativas, en términos de los hechos históricos que les dieron lugar, los discursos en que se sustentan, las estrategias organizativas y de acción colectiva que realizan.
3. Conocer el significado que las personas le otorgan a su participación en dichas iniciativas

6. MARCO TEÓRICO

El acercamiento a las iniciativas que, en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento se realizó atendiendo los postulados de la perspectiva de derechos y de género en salud, perspectivas que enriquecen el

análisis de los problemas de salud de las mujeres, en especial de la salud materna, la cual representa algunos de los indicadores más importantes del desarrollo sostenible. También se consideró el concepto de Salud Intercultural, pues favorece una postura analítica y crítica sobre las debilidades y problemas del modelo convencional biomédico y la necesidad de articular saberes provenientes de diferentes sistemas médicos y perspectivas culturales. Esto resulta muy apropiado en un mundo donde es creciente el reconocimiento de la multiculturalidad y los desafíos implícitos que ello trae para la atención en salud. Este campo recoge la amplia discusión en torno al parto humanizado, el acompañamiento del parto por parte de Doulas y el conocimiento que aportan las parteras al proceso de atención del parto. Finalmente fue necesario abordar algunos aspectos de la teoría sobre acción colectiva y movimientos sociales, especialmente para determinar si podemos hablar de un movimiento social en favor de la atención del parto y la salud materna en nuestro contexto.

6.1. Historia de los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos humanos fueron redactados por representantes de distintos orígenes legales y culturales de diferentes partes del mundo, su proclamación fue hecha por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 en la ciudad de París. Es allí donde se establece que los derechos humanos se protejan universalmente y se redactan como “un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse” (OACDH, 2015).

Estos derechos son universales e inalienables, interdependientes e indivisibles, iguales y no discriminatorios y contemplan a su vez ciertas obligaciones (OACDH, 2015).

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas

situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de fomentar y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos (OACDH, 2015, pág. 1).

La declaración de los derechos humanos y el pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos protocolos facultativos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, forman la llamada “Carta Internacional de Derechos Humanos”. En ella se pueden encontrar los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos de los que todos los seres humanos deben disfrutar (OACDH, 2015). Estos son llamados derechos de segunda y tercera generación respectivamente, de los cuales se derivan los derechos sexuales y reproductivos.

Los cambios y transformaciones en la comprensión de los problemas que afectan a las mujeres se han dado gracias a las acciones y movilizaciones académicas, sociales y políticas que en diferentes momentos del tiempo han sugerido recomendaciones, estrategias y políticas para defender los derechos humanos de la mujer.

La exigencia de las mujeres por el reconocimiento de sus derechos ha tomado múltiples formas en diversos momentos de la historia, no sólo en los países desarrollados donde por ejemplo el derecho a acceder a métodos anticonceptivos y el derecho al voto, movilizaron a miles de mujeres en Inglaterra y Estados Unidos hace más de cien años, sino también en los países en desarrollo, donde las demandas de las mujeres han conjugado sus derechos como género con los derechos económicos y sociales (Rodríguez, 1998, pág. 2).

Los derechos sexuales y reproductivos son de historia relativamente reciente, sin embargo, existe una agenda internacional para fomentarlos tanto en el ámbito público como privado. Ellos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por

otros documentos de las Naciones Unidas, como por ejemplo: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).

Entre estas declaraciones, pactos y programas existe una lógica de presión en la que participan diferentes grupos que buscan asegurar cada vez, con mayor eficacia, el cumplimiento de los objetivos y metas del desarrollo propuestos. Por ejemplo, se sostiene de manera general que los pactos son documentos de mayor fuerza jurídica para completar y reforzar las Declaraciones Internacionales que sólo tienen un valor vinculante (no obligatorio). Por su parte los programas de acción son planes concertados de desarrollo, que recogen asuntos que han llegado a ser parte de la agenda social y política fruto del debate público en el que participan diferentes actores: académicos, agentes sociales, políticos y civiles, etc.

Para profundizar un poco en el tema de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, es pertinente saber de dónde nace la iniciativa para el surgimiento de los mismos, las políticas basadas en estos derechos y leyes en torno al proceso reproductivo. El surgimiento de estos derechos viene antecedido de la influencia de un gran movimiento social, “el feminismo”, el cual se organiza, produce discursos y actúa en pro de la defensa de los derechos de la mujer generando impacto en la sociedad ya que tuvo que “desarrollar teorías y metodologías que pusieran a las mujeres en primera fila y que borrarán la distinción artificial entre la esfera pública y la privada” (Facio, 2003, pág. 19).

Para el surgimiento de estos derechos existen antecedentes de un prolongado proceso que saca la vida reproductiva a la luz “la deconstrucción de la vida privada fue un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos, por eso la

consigna “Nuestro cuerpo nos pertenece” que a la década de 1970 se extendió por el mundo inspirando rebeldías...” (Ávila, 1999, págs. 64-65) . Según Ávila, lo que hizo posible el surgimiento de estos derechos fueron las metodologías que usaron las mujeres en organizarse y asociarse para la acción política, utilizando la práctica reflexiva que les permitiera comprender desde el punto de vista ontológico la existencia de las mujeres, tomando como referencia la cotidianidad de la vida de las mismas (Ávila, 1999).

Otros sectores durante la historia han hecho parte de la discusión sobre derechos sexuales y reproductivos; encontramos pues, el movimiento del siglo XX de control de natalidad, la iglesia con la represión de la sexualidad, el sector médico como gran influyente en el debate público del tema, todos ellos generaron movilización en torno al asunto, siendo común en estos sectores el tener como blanco de acción a las mujeres. Es de resaltar la representación del movimiento social feminista como “mujeres negociadoras de derechos” la que marcó una era de cambio en relación con los temas de sexualidad y reproducción, principalmente en la conferencia del Cairo en 1994 (Ávila, 1999). Estos movimientos sociales feministas fijan la mirada en la sexualidad y la reproducción, aumentan vínculos y crean alianzas viéndose reflejado estas acciones en los resultados de la III Conferencia Internacional Sobre Población Y Desarrollo 1994 ya mencionada, donde se reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos (Cairo, 1994).

Sumado a lo expuesto, diversos países implementan Políticas basadas en estos derechos, cabe anotar que estas políticas incluyen la participación ciudadana como un componente importante para su realización. Para dar ejemplo de ello, se encuentra la política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia, 2014; la cual surgió de la iniciativa, por parte del estado, de realizar una investigación cualitativa teniendo en cuenta actores sociales que participaron a través de mesas de trabajo, con el objetivo de recoger sus sentires y propuestas para la actualización. En los antecedentes de esta política podemos encontrar la participación de varios movimientos sociales (Minsalud, 2014).

En torno al proceso reproductivo, interés de este trabajo, más específicamente la atención del

parto, surgen leyes que reivindican los derechos y que en su mayoría han sido elaboradas a raíz de iniciativas desde la ciudadanía. Con ello, han puesto en la agenda política la discusión sobre derechos reproductivos y la reflexión sobre las acciones y estrategias que se deben realizar para proteger a las mujeres de la vulneración de estos derechos durante la gestación, parto y postparto. En este marco, desde 1985, a partir de la Declaración de Fortaleza, los organismos internacionales vienen promoviendo transformaciones en la atención perinatal, las cuales han evolucionado hacia propuestas legislativas en varios países de América Latina.

Países Latinoamericanos como Argentina, México, Brasil y Venezuela, tienen leyes que protegen a la mujer de sufrir un trato indigno y deshumanizado durante su proceso reproductivo. Leyes como: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia / 2006 Venezuela (República Bolivariana de Venezuela, 2006) , Ley nacional 25.129/2004: Ley de Parto Humanizado Argentina (Camara de Diputados, 2004), Ley general de acceso a una vida libre de violencia / 2007 México (Camara de Diputados, 2007), Leyes número 11.108/2005 y 11.634/2007 que garantizan la presencia del acompañante en el trabajo de parto, parto y postparto Brasil (Presidencia de la República de Brasil, 2005), han aportado un gran avance en la erradicación de tratos indignos y deshumanizados hacia la mujer en este proceso. En el caso particular de Colombia existe el proyecto de Ley número 07 de 2011, por el cual se protege la maternidad y el parto digno y se dictan otras disposiciones, el cual, luego de ser aprobado en sesión del senado, pasó a sanción presidencial y continua a la espera de su aprobación, por el momento el estado del proyecto es: “*archivado*” (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Es de anotar que en Colombia se viene intentando la implementación de la estrategia IAMII, la cual, tiene dentro de sus objetivos la atención de un parto con calidad y calidez e incluye dentro de sus políticas la perspectiva de género y de derecho para su desarrollo, pero dicha estrategia es de carácter voluntario para las instituciones de salud, lo que requiere de voluntad política para llevarla a cabo.

Dentro de lo expuesto hasta aquí, ha de considerarse dos puntos importantes en el surgimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la defensa de los mismos; en primer lugar, la

participación ciudadana, ya sea individual, en grupos o por medio de movimientos sociales y, en segundo lugar, la perspectiva de género y de derecho con la que es abordada esta temática.

En cuanto a la perspectiva de género, en su definición, se distinguen dos aspectos a reconocer; en primer lugar, la diferencia sexual como función biológica y, en segundo lugar, las representaciones, ideas, atribuciones y disposiciones sociales que se construyen a partir de esa diferencia sexual. Varios investigadores han querido establecer las diferencias entre las características femeninas y masculinas de varias culturas planteando que la principal causa de la subordinación femenina son diferencias biológicas que alcanzan su mayor expresión en la maternidad, pero considerar a la biología “como el origen y razón de las diferencias entre los sexos –y en especial de la subordinación femenina– sin tomar en cuenta para nada otros aspectos, es un error” (Lamas, 1996, pág. 5). De ahí que también se haya puesto atención a la manera como la escasa participación política de las mujeres influya también en el mantenimiento de su subordinación.

Desde esta perspectiva, se ha direccionado el actuar de los movimientos feministas, buscando la participación de las mujeres en procesos sociales y políticos importantes que les permitieran obtener derechos en la sociedad; entre estos procesos se encuentran: los primeros congresos y encuentros feministas a mediados del siglo XIX, la lucha por la ciudadanía femenina, la participación política y social femenina, participación en conflictos políticos, acción en la crisis económica de los 80’, reconstitución del movimiento de mujeres y la acción del estado en favor de las mujeres (Valdés, 2000).

En este punto se puede afirmar que los movimientos feministas han logrado transformaciones significativas en lo social y lo político que les permite instituirse como sujetos políticos que adoptan sus intereses como intereses colectivos (Ávila, 1999). En ese sentido, podemos decir que la perspectiva de género hace sinergia con la perspectiva de derechos para desarrollar políticas públicas favorables al desarrollo humano como tal, a través de un proceso concertado entre la sociedad civil y el estado (Jiménez, 2007). Para que de un plan o una política pueda decirse que tiene una perspectiva de derechos, los derechos deben expresarse dentro de esta en

tres esferas: “reconocimiento, redistribución y participación, y se formularán integralmente: a partir de su defensa, protección, promoción y garantía” (Jiménez, 2007, pág. 36)

En este sentido según Jiménez:

La médula del enfoque de derechos lo constituye la incorporación en la doctrina socio-jurídica, de los principios de interdependencia e integralidad de los derechos humanos. Esto quiere decir que unos derechos dependen de otros, que la lesión de tal derecho afecta a otro al que está conexo, que la concreción de un determinado derecho se relaciona con la satisfacción de otro, etc. (Jiménez, 2007, pág. 34).

Lilia Rodríguez, enmarca los derechos sexuales y reproductivos en el enfoque de derechos humanos, resaltando la importancia de estos para las mujeres por dos puntos primordiales: la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sociedad y reproducción, implicando esto poder y autonomía y por la construcción de ciudadanía a partir de las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción (Rodríguez, 1998).

En definitiva, la perspectiva de derechos y perspectiva de género son aspectos importantes en la formulación de políticas que promuevan la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y por ende los derechos humanos de las mujeres. Así, el enfoque de esta investigación estuvo centrado en los derechos reproductivos; específicamente, los que atienden el tema de la atención del parto (El Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual, a la privacidad sexual, la expresión sexual emocional, información basada en el conocimiento científico, educación sexual integral-comprensiva y al Cuidado de la Salud Sexual).

Por la preocupación en la temática de la sexualidad y la reproducción y a través de alianzas y vínculos entre movimientos sociales, especialmente el de las mujeres, se llevaron a cabo conferencias internacionales como la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos

Humanos en Teherán, 1968; Las Conferencias de Población de Roma 1954, Belgrado 1965, Bucarest 1974 y México 1984; acontecimientos de gran importancia para el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos. Pero es años después, en La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), donde se marca un avance significativo que superó objetivos demográficos de anteriores conferencias reconociendo a las personas como seres autónomos y sujetos morales capaces de decidir, sin incentivos, violencia o presión; poniendo a los seres humanos como eje central del desarrollo. Un año después en la cuarta Conferencia Mundial sobre La Mujer (Beijing 1995) se destaca y se reafirma el consenso de El Cairo en relación a los derechos reproductivos (Rodríguez, 1998).

Los derechos sexuales y reproductivos, son reconocidos a las personas hombres y mujeres, como también a las parejas. El carácter relacional y social de la sexualidad y reproducción, involucra la responsabilidad de mujeres y hombres en estos procesos, por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos no corresponden solo a las mujeres, son derechos humanos básicos de hombres y mujeres, aunque de manera general, hayan sido las mujeres las principales depositarias de la responsabilidad en este campo y se haya prestado poca atención al análisis del proceso reproductivo de los varones (Rodríguez, 1998, pág. 8).

Acceder a servicios de salud de calidad y una completa información sobre dichos servicios los cuales incluyen la planificación familiar y la libre decisión sobre la procreación son aspectos contemplados en los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio requiere del reconocimiento de derechos sociales. Es por ello que no solo se consideran derechos individuales (Rodríguez, 1998).

“La articulación entre los derechos individuales y las condiciones sociales que permiten el ejercicio de esos derechos, sitúa el debate de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito del desarrollo. El derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable y se orienta a la satisfacción

de las necesidades de las personas, de tal manera que puedan vivir una vida digna” (Rodríguez, 1998, pág. 11).

6.1.2. Perspectiva de derechos en salud

El enfoque de los derechos humanos se puede entender como una perspectiva nueva para idear y plantear políticas públicas que conlleven al desarrollo humano como proceso de acuerdo entre la sociedad civil y el estado. El enfoque se centra, en la integración de los principios de interdependencia e integralidad de los derechos humanos en la doctrina socio-jurídica. Esto se refiere a que unos derechos dependen de otros, que la violación de tal derecho afecta a otro al que está ligado (Jiménez, 2007).

Las investigaciones con enfoque de derechos conciben los derechos humanos de manera integral, interdependiente y complementaria, con ello se trata de superar la perspectiva tradicional que ha considerado únicamente los derechos fundamentales de primera generación, dejando de lado o prestando menor importancia a los derechos que se derivan de estos. Esta perspectiva tiene como característica la preocupación por la real puesta en práctica de estos derechos y que sean realmente atendidos los grupos marginados. Para esta puesta en práctica, se deben adoptar políticas públicas con perspectiva de derechos que incluyan la participación de la sociedad civil; para lograr que los derechos humanos se convierten en referencia y finalidad para la creación y aplicación de las políticas públicas y éstas al mismo tiempo, en instrumentos o medios idóneos para su cumplimiento. Es de esta manera que la perspectiva de derechos puede llegar a ser una guía para las acciones públicas por medio de los planes y programas de desarrollo que se implementen (Jiménez, 2007). Al mismo tiempo, la perspectiva de género puede guiar también la implementación de planes y programas.

6.1.3. Perspectiva de género

La perspectiva de género es un instrumento que permite analizar los fenómenos de desigualdad e inequidad entre mujeres y hombres. Se enfoca en situaciones, cosas o problemáticas teniendo en cuenta la variabilidad de formas en que se presentan las relaciones de género en la sociedad, pero a su vez comprende la identidad de género de mujeres y hombres (Staff, 2003).

El proceso de transversalización/integración de la perspectiva de género se refiere al diagnóstico del impacto diferenciado que cualquier iniciativa, incluyendo leyes, programas y políticas, en cualquier área o nivel, tendrá sobre las vidas de los hombres y las mujeres. Se trata de una estrategia para hacer que los intereses, preocupaciones y experiencias de las mujeres y de los hombres constituyan una dimensión integral en el proceso de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que la desigualdad entre hombres y mujeres no se vea reproducida ni perpetuada (Lopez, Cirujano, Delolmo, Sevilla, & Sanchez, 2007, pág. 10).

Esta perspectiva permite elaborar políticas que generen acciones a favor de las mujeres, definiendo un nuevo concepto de justicia que promueva la igualdad y la equidad vinculando cada vez más a las mujeres en la vida pública (Staff, 2003).

Realizar análisis desde una perspectiva de género implica una evaluación sistemática de las funciones, relaciones y procesos de mujeres y hombres estudiando diferencias en cuanto al acceso a distintos aspectos de la vida social. Por medio de este análisis se logra visualizar el impacto que tienen las políticas, normas, leyes y programas en mujeres y hombres. Se logra identificar porque estos, afectan o influyen de forma diferente a hombres y mujeres, dejando de lado la suposición de que ambos se ven afectados de la misma manera (Staff, 2003). Para ejemplo de ello, y de marcada diferencia entre hombres y mujeres, se encuentra la atención del parto,

evento donde la salud materna puede verse afectada convirtiéndose en una situación de vulneración para las mujeres en comparación con los hombres.

6.2. Salud materna en el marco de la salud intercultural y la superación del modelo biomédico

La salud materna hace referencia a todos aquellos aspectos que tienen que ver con la salud de la mujer durante los periodos de gestación, parto y postparto (OMS, 2017), es un tema que ha sido preocupación a nivel mundial debido a la prevalencia de altos indicadores de mortalidad y morbilidad asociados a este proceso.

Muchos de los problemas asociados a la mortalidad materna tienen que ver con la medicalización de los procesos naturales referentes a la sexualidad y la reproducción, entre ellos el parto. De ahí, que en el informe de Alma Ata de 1978, sobre Atención Primaria de la Salud (APS), se especifica que la atención del parto y el nacimiento debe estar acompañada del respeto de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos (Alma Ata, 1978). Por su parte la Organización mundial de la Salud (OMS) establece recomendaciones acerca de las intervenciones que deberían ser utilizadas en la atención del parto normal, las cuales apuntan a mejorar la calidad de la atención de las mujeres en su proceso reproductivo y evitar complicaciones.

La medicalización es un proceso que se ha venido desarrollando paulatinamente a la par de la historia de la medicina y como una gran consecuencia del paradigma biomédico. Orueta y otros, consideran que:

Actualmente, la definición más aceptada sobre medicalización es la propuesta por Kishore, que la define como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces. Quizás pueda ser más clara la definición que considera la medicalización

como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales (Orueta, y otros, 2011, pág. 151).

Mainetti encuentra en el uso del término medicalización una gran influencia de varios aspectos de la vida cotidiana que implica crítica por los efectos perjudiciales de este fenómeno. Afirma que la medicina ha llevado a cabo un control y normalización de la sociedad (Mainetti, 2006). El lenguaje medicalizado es la más pura expresión de la medicalización de la vida “La medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que ésta organiza la experiencia y construye el mundo” (Mainetti, 2006, pág. 78); esta medicalización del lenguaje se convierte en una particular organización del mundo construyendo de esta manera una realidad social.

No afirmamos superficialmente que la medicina contamina con su jerga técnica el lenguaje ordinario, sino que éste testimonia la construcción social del conocimiento médico. Y no es que la medicina no sea científica por estar influida por las fuerzas sociales, sino que la ciencia y la medicina son empresas sociales (Mainetti, 2006, pág. 81)

Según lo planteado, se presentan los siguientes ejemplos de la medicalización del lenguaje, expresiones como semiología o semiótica se traduce a clínica; síndrome, diagnóstico y pronóstico es utilizado en la jerga de la economía; vida emocional traducida como depresión, infarto o estrés y el psicoanálisis de los sentimientos difundido como castración, trauma o Edipo. Estas expresiones son representativas de este argumento (Mainetti, 2006).

Al respecto del lenguaje, Díaz presenta los siguientes ejemplos “la sociedad está infectada de

delincuentes”, “es necesario hacer diagnóstico de la situación económica”, “hay que cortar por lo sano” (Díaz, 2014, pág. 125). Este autor hace referencia a la medicalización como “un proceso de impregnación social de todo lo vinculado a la medicina y a la creación mitológica de un nuevo Dios con pies de barro” (Díaz, 2014, pág. 125); incluye dentro de sus ideas la desmedicalización, planteándose en un doble sentido: en primer lugar, plantea la desmedicalización de la sociedad, y, en segundo lugar, desmedicalización del médico. Se refiere con ello a la necesidad de “recuperar” la figura del médico, perdida en el imaginario social debido a que la medicalización va ligada a procesos de deshumanización de la atención.

Para interés de esta investigación Díaz habla de la desmedicalización del parto como una propuesta de la actualidad, en la cual, su objetivo principal es evitar la intrusión excesiva de la atención sanitaria en el momento específico del parto. Afirma el autor que “la desmedicalización en este caso es sinónimo de humanización” (Díaz, 2014, pág. 126).

La historia de la medicalización es expuesta también por Foucault, el cual trata de demostrar que el problema no radica en “la antimedicina contra la medicina, sino en el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el “despegue” médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII” (Foucault, 1977, pág. 3). Foucault Basa su discurso en tres aspectos:

1) La biohistoria, es decir, el efecto, a nivel biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII... 2) La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina [...] 3) La economía de la salud, o sea la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más

privilegiadas” (Foucault, 1977, págs. 3-4).

En este proceso de medicalización también ha influido el hecho de que la biología se ha desarrollado a la par de la medicina a lo largo de la historia, por lo que se puede afirmar que una vez establecida la biología, esta disciplina influyó significativamente su mirada mecanicista de la vida en los médicos, dominando su actitud hacia la salud y la enfermedad. Este modelo biomédico, tiene su origen en el paradigma cartesiano como base científica del conocimiento médico, el cual considera el cuerpo como una máquina que se analiza a partir de sus partes, donde, el mal funcionamiento de una de ellas, debe ser intervenido (Capra, 1982). Es en este sentido “Al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente” (Capra,1982, pág. 135).

Descartes se presenta en la historia como uno de los precursores de la relación mente y cuerpo, pero esa separación rigurosa que realizó el filósofo llevó a médicos a olvidarse de aspectos como los psicológicos, ambientales y sociales, centrándose en la máquina del cuerpo. Pero a pesar de ello, el mismo Descartes consideraba que la interacción de mente y cuerpo era un aspecto esencial de la naturaleza humana (Capra,1982).

Como podemos observar la separación de mente y cuerpo es la base de la perspectiva biomédica, la cual fija la mirada en factores solo físicos dejando de lado aspectos como los psicológicos, ambientales, sociales y espirituales de los seres humanos. Este modelo biomédico, ha dado paso a la medicalización en la atención, que tiene entre sus consecuencias más importantes convertir procesos naturales en patológicos, sucesos de la vida que cultural e históricamente, han sido considerados normales.

Importantes críticas al modelo de atención biomédica vienen de lo que conocemos hoy como salud intercultural, discurso que parte de que la cultura es transversal a todos los momentos de la vida, por ende, es necesario considerar cómo influye en el proceso de salud-enfermedad-atención y muerte y buscar modos de atención holística que integre diferentes dimensiones del proceso, no sólo la biológica.

Desde este punto de partida, entendemos salud intercultural como el campo en que se analizan factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud, esto implica, reconocer similitudes y diferencias culturales entre los usuarios y proveedores del sector salud; incluyendo: “expectativas que cada uno de ellos tiene del proceso, la percepción de salud y enfermedad que se representa en la interacción del médico-paciente, los patrones para evaluar la calidad y resultado de la atención terapéutica y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad” (Alarcón, Vidal, & Neira, 2003, pág. 1062). Desde esta perspectiva, los modelos de atención deben tener en cuenta aspectos como los psicológicos, ambientales, sociales y espirituales de los seres humanos, estos aspectos, se han desarrollado en la vida social influenciados por la cultura de cada individuo. Sumado a ello, dentro de la diversidad de culturas, existen conocimientos tradicionales en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención y muerte que deben ser considerados.

La salud intercultural y modelo biomédico son dos modelos epistemológicamente diferentes y se requiere un diálogo entre ellos. Espinosa e Ysunza afirman, que la diversidad sociocultural y la complejidad de las sociedades pluridiversas no son obstáculo para el diálogo entre la biomedicina y los conocimientos tradicionales para llegar a la salud intercultural. Exponen los autores, que el verdadero obstáculo son las relaciones de Hegemonía/subalternidad; sostienen, que los saberes biomédicos y tradicionales, están articulados a través del paciente y se esperaría que en la interlocución se de este diálogo de saberes y conocimientos, pero lo que se presenta alrededor de esta atención e interacción es una desvalorización, descalificación y negación del subalterno “ La intromisión del poder en el saber asfixia la libertad de pensamiento, porque impone su interpretación de la realidad como única y válida” (Espinosa & Ysunza, 2009, pág. 294).

Como pertinente para esta investigación encontramos el ejemplo de las parteras que exponen Espinosa e Ysunza: el sector salud tiene la necesidad de ampliar su cobertura a la población materna en lugares alejados como son las comunidades indígenas, por un costo mínimo y así disminuir la mortalidad materno-infantil que se sostiene alta en estas poblaciones, para cumplir esto, el sector salud tienen dos opciones, apropiarse del conocimiento o avalarlo a través de la capacitación; en lugares cercanos se apropian del conocimiento a través de la institucionalización

del parto y en lugares alejados avalan la capacitación, esto no indica pertenencia dialéctica de los conocimientos, sino más bien, la subordinación del saber. “A pesar de la importancia social que tienen en las comunidades rurales, la participación de las parteras en el Sistema de Salud institucional es temporal y subordinada al saber del modelo médico hegemónico” (Espinosa & Ysunza, 2009, pág. 294).

Según Madariaga, la emergente propuesta epistemológica en el campo de la salud que propicie un diálogo intercultural entre el modelo biomédico y lo tradicional y supere los modelos uni o multicausales de la enfermedad en la sociedad, con un enfoque de multideterminación, incorporando ciencias sociales en el diálogo con la biomedicina, que valide otros saberes tradicionales históricamente acumulados por las culturas, es una propuesta que pretende transformar el paradigma biomédico hacia una perspectiva biopsicosocial, ello implica: la incorporación de los determinantes sociales al proceso de salud-enfermedad-atención y comprender dicho proceso como algo complejo que incluye, entre otras cosas, fenómenos biológicos, representaciones, significados, simbolismos, naturaleza, cultura, realidades y discursos, todo ello con un contenido de historicidad para tener en cuenta (Madariaga, 2008).

Algunas de las recomendaciones provenientes de la salud intercultural se integran en las estrategias a nivel mundial y nacional para mejorar la atención materna. La OMS en conjunto con el Ministerio de Protección Social y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), proponen en el año 1989 “Diez pasos hacia una feliz lactancia materna” dentro de los cuales se encuentra la atención con calidad del parto.

Esta estrategia evoluciona en Colombia, encabezada por el Ministerio de la Protección social y la UNICEF hacia lo que conocemos hoy como la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque integral (IAMII), que en su paso cuatro, habla de garantizar la atención del trabajo de parto y parto con Calidad y Calidez (Minsalud, 2011).

Desde 1991, la IAMII ha sido impulsada por el Ministerio de Protección Social, generando, al 2004, la certificación de 186 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), entre las que se cuentan instituciones públicas y privadas del país. La IAMII ha sido ajustada en varias oportunidades,

2007, 2008, 2010, 2011, su última versión es del 2016, en la que se realizó ajuste de la estrategia al actual sistema de salud colombiano, específicamente al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en salud, siendo la IAMII una estrategia que requiere acreditación por parte de entes controladores, sin embargo, es un proceso voluntario y los entes controladores acreditan a las instituciones que cumplan a cabalidad con los diez pasos que propone la estrategia. Desde sus inicios, la IAMII se ha posicionado como instrumento para mejorar la calidad de los servicios de maternidad a nivel institucional en todo el país. En el contexto de la atención del parto en el Valle de Aburrá y los municipios cercanos, se pudo apreciar que no todas las instituciones que tienen servicios de maternidad se acogen a la estrategia IAMII.

Al margen de la implementación de la IAMII por parte de las instituciones de salud, en el periodo 2012 – 2014 podemos encontrar en el Valle de Aburrá y municipios cercanos, el surgimiento de iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento, las cuales, coinciden en varios de los objetivos de la estrategia IAMII con propuestas por fuera de la institucionalidad y dentro de ella; como una forma de reclamar lo que el sistema formal de atención del parto no ha logrado y movilizándolo a favor de la salud materna.

El ruido por la violación de derechos humanos durante el proceso del parto y la preocupación por la salud de la madre y su bebé, venía ya sonando fuerte desde investigaciones, redes sociales, prensa y movimientos sociales de otros países que reclamaban el respeto de los derechos, y exigían el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en cuanto al asunto; además, resaltaban la importancia de la atención del parto de manera integral saliéndose del ámbito hospitalario como estrategia para evitar complicaciones, ya que la institucionalidad tiene la tendencia a la medicalización del parto, convirtiéndolo en una patología más del área de la medicina.

De ahí que uno de los ejes más importantes en la intercepción del modelo biomédico con otros sistemas de salud sea la conceptualización sobre el parto. La mujer en periodo de gestación, parto y postparto es considerada en los hospitales y clínicas como una paciente a la cual se le asigna un diagnóstico clínico, patologizando así su proceso. Contrario a esto, desde la salud

intercultural se considera que durante el parto la mujer atraviesa una etapa normal de su vida, el parto es algo natural que solo requiere acompañamiento y vigilancia, no intervenciones; a menos que se presenten complicaciones (Camacaro, 2009).

6.2.1. Parto

Partiré de dos definiciones, la primera de ellas se refiere a la forma en que la medicina define el parto y la segunda es la definición que se le atañe desde la partería.

Según el diccionario médico de la Universidad de Salamanca España, el parto es la salida del feto y de sus anexos del claustro materno. Puede dividirse en tres etapas: la primera es la dilatación (del cuello uterino), la segunda es la expulsión (del feto) y la tercera es el alumbramiento o salida de la placenta y las membranas”. (Universidad Salamanca, 2014).

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España, el parto es:

el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (FAME, 2007, pág. 12).

El parto, o fin de la gestación, también puede suceder por medio de una cesárea. En este caso, por tratarse de un procedimiento exclusivamente médico, su definición se plantea desde la medicina como una “Operación para extraer el feto del interior de la madre mediante la sección o corte de la pared abdominal y del útero” (Universidad de Salamanca, 2014).

En un intento de articulación de las conceptualizaciones sobre el parto surge el discurso del parto humanizado, un tema complejo el cual está rodeado de diversas perspectivas e incluye

miradas a varios aspectos tanto éticos, biológicos, actitudinales, tecnológicos, teóricos y desde las experiencias.

La red latinoamericana y del caribe para la humanización del parto y el nacimiento (RELACAHUPAN) está compuesta por redes nacionales, agrupaciones y personas que se unen en una propuesta para mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer (RELACAHUPAN, 2007) esta red realiza una recopilación de folletos y artículos sobre el tema de la humanización del parto, material que sirve como apoyo a los talleres de capacitación que estos realizan; nacen a raíz de la conferencia realizada en el 2002 en Brasil sobre humanización del parto donde se llega al consenso de conceptos. RELACAHUPAN enfatiza en puntos claves como lo son: el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, respeto a la mujer embarazada, como ser individual e integral, y el respeto a la evolución natural del proceso fisiológico del embarazo, parto y nacimiento (RELACAHUPAN, 2007).

En la Declaración de Ceará sobre la humanización del parto llevada a cabo en la conferencia de Brasil en el 2002 definen humanización de la siguiente manera:

proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida... busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión: con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que nos sucederán en el futuro, así como con quienes nos han antecedido... es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida... La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminal, envejecientes, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza...El parto y el

nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana (IBFAN, 2003, pág. 1)

Teniendo en cuenta este concepto la conferencia plantea la humanización del parto como una necesidad urgente y evidente ya que este acto es determinante aplicarlo en el cuidado del comienzo de la vida y definitivo para las sociedades futuras, por ello proponen la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades e invitan a la participación de varias instancias para la promoción de la misma (IBFAN, 2003).

El parto humanizado respeta los derechos de las mujeres y de sus bebés... cuyo objetivo es que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora, a la vez que tengan la libertad de elegir sobre la forma como desea que nazcan sus bebés... Requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer... Una de las claves para la humanización del parto es que las mujeres sean las protagonistas en los procesos del parto y del nacimiento (RELACAHUPAN, 2007, pág. 7).

Biurrun y Goberna, realizaron una minuciosa revisión bibliográfica para definir la humanización del trabajo de parto, encuentran en común lo siguiente: la mujer se sitúa en el centro de la atención, el cuidado debe ser basado en la evidencia científica y no en la tradición médica, se debe brindar una adecuada información que permita a las mujeres tomar sus propias decisiones y ser protagonistas haciendo uso de su autonomía y como un componente esencial en un parto humanizado, los profesionales que participen de dicha atención deben ser capaces de escuchar a las mujeres, entender preocupaciones, preferencias, brindando apoyo emocional

durante todo el proceso. Por último, para la utilización de conocimientos y tecnología en la atención humanizada del parto se requiere que los profesionales (médicos, enfermeras, parteras...) sostengan relaciones de respeto, colaborando en armonía y trabajando como iguales (Biurrun & Goberna, 2013).

Se hace la claridad que no se debe confundir la atención humanizada del parto, con un movimiento en contra de la tecnología y los avances científicos, “que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional”; la tecnología se considera como una herramienta útil en el momento de presentarse complicaciones que requieran de intervención médica. “La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad” (Biurrun & Goberna, 2013, pág. 66)

Como se pudo apreciar en las definiciones y discusiones de los autores, el respeto es un componente de gran importancia en el parto humanizado, no solo hacia la mujer y su familia, sino también, entre los profesionales o personas que hacen parte de la atención en este proceso. El respeto es entonces, un valor que nos induce a tratar a los demás y a nosotros mismos de manera cuidadosa, es el primero de los valores y la condición de posibilidad de todos ellos. Se cumple con este valor cuando no molestamos a los otros, no herimos a los otros y no agredimos a los otros (Torralba, 2001).

6.2.2. Atención integral del parto

La integralidad hace referencia a todos aquellos aspectos que se deben tener en cuenta para la atención del parto y el nacimiento. Se requiere de una mirada holística durante la atención, que incluya lo biológico, psicológico, espiritual, cultural y el contexto en que se encuentra cada una de las mujeres a las cuales se les va atender el parto, sumado a esto, la atención debe estar acompañada del respeto por los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. A su vez y de gran importancia dejar de lado la mirada biologicista dando cabida a saberes que pueden hacer del parto una experiencia positiva para las mujeres que atraviesan por

ese proceso.

La atención integral del parto se resume en la estrategia IAMII, planteada por el ministerio de la protección social y la UNICEF, en el documento guía donde plasman los lineamientos de la estrategia, está establecido muy claramente todas las acciones que deben realizar las instituciones para lograr esta integralidad en la atención (Minsalud, 2011). Sin embargo, el seguimiento de estos lineamientos a nivel institucional no ha sido exitoso, dado que aún se siguen presentando evidencias de la violación de derechos a las maternas durante su proceso de gestación, parto y postparto.

La integralidad se refiere a:

- Atención en los diversos momentos del ciclo vital
- Integración de servicios y programas.
- Continuidad de la atención estableciendo mecanismos institucionales y grupos de apoyo de base comunitaria, que sirvan de puente entre las IPS y los hogares y comunidades y faciliten la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud.
- Óptima calidad de la atención, con todos los recursos a disposición, libre de intervenciones innecesarias.
- Orientar y educar en cuidados de la salud y derechos, no solo a las gestantes y sus familias, sino también al personal de salud.
- Atención humana a las madres, niñas y niños y sus familias desde una perspectiva de Derechos y de género.

Mucho de los saberes que podrían ser integrados a la atención del parto provienen del saber de la partería.

La partería abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido.

Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo,

la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica (OMS, 2016).

Fortalecer la partería ha sido un trabajo constante e insistente por parte de la OMS y la OPS, por los resultados en la reducción de la mortalidad materna, con el acompañamiento y la capacitación de los entes de control. Muchos países acogen las recomendaciones y sus partos son atendidos por este personal, es más, cuentan con centros de capacitación y especialización de este oficio (OPS, 2010).

En Colombia, existe la Ley 39 de partería desde 1920 y se tiene evidencia de la existencia de parteras tradicionales en algunas regiones del país, sin embargo, se ha priorizado la atención hospitalaria, debilitando la labor de las parteras en la comunidad. Este hecho ocurrió por la resolución 0412 del Ministerio de Salud que obligó tanto a instituciones y empresas prestadoras de salud a regular y controlar con una vigilancia estricta la gestación y el parto con el establecimiento de protocolos mínimos de calidad en la atención (Alarcón, Sepúlveda, & Alarcón, 2011).

En Colombia las parteras que aún quedan son declaradas patrimonio cultural, pero están en vía de extinción, alejándose así, del cumplimiento de las recomendaciones para la disminución de la mortalidad materna realizada por la OMS basada en evidencias y experiencias de varios países del mundo.

Una variación contemporánea de la partería es el acompañamiento del parto por Doulas. Las Doulas han existido antes que clínicas y hospitales como acompañantes de la mujer en su proceso de gestación, parto y postparto, en el pasado, eran las abuelas, hermanas, o mujeres con experiencia en el tema; este oficio, ha evolucionado recibiendo hoy en día formación en el asunto, a la par, surgen centros de capacitación y práctica del oficio.

En Colombia, las Doulas empiezan a darse a conocer aproximadamente en el año 2012

apareciendo como principales formadores de este oficio Doula Caribe Internacional³, Happy Yoga⁴ y la fundación Camino Claro⁵.

Una Doula es un profesional de la salud o no, entrenado para dar soporte emocional, psicosocial e información durante la gestación, el nacimiento y el postparto (Kozhimannil & Hardeman, 2016). Es una práctica de salud contemporánea que recupera la tradición de las mujeres de estar acompañadas durante la labor de parto por una persona afectivamente significativa quien hace tareas de soporte emocional y acompañamiento. Pero mucho de esa tarea de acompañamiento se perdió con la institucionalización de la atención del parto a comienzos del siglo 20, donde fueron los médicos quienes se encargaron del parto y el staff de enfermería, de los cuidados a la madre y al bebé, aunque no con la continuidad deseada (Green & Hotelling, 2014).

Durante los años 60, con el movimiento por parto natural, los hombres aprendieron sobre el proceso de nacimiento y fueron ellos, junto con hermanas y abuelos, quienes aprendieron a recibir a sus hijos, en 1992 DONA International fue fundada y el nombre de “Doula” fue acuñado para las personas que proveen, de manera continua, apoyo físico, emocional e información para las madres y sus parejas durante el parto y el postparto (Klaus, Kennell, & Klaus, 2012).

En nuestro contexto es escasa la investigación sobre la asistencia que brindan las Doulas en contraste con la existente en el contexto mundial desde donde se sostiene que los programas de acompañamiento del parto y el nacimiento por parte de Doulas contribuye en tres dimensiones del acceso al cuidado: mejorando los resultados, la experiencia de la atención en salud y reduciendo los costos y las prácticas poco deseables en el campo de la atención materno infantil.

³ Doula Caribe es una entidad educativa con el conocimiento específico acerca del arte de ser Doula. Ofrece cursos de Doula de Nacimiento, Posparto, Lactancia Avanzada y Educador Perinatal. Con sede principal en Puerto Rico y representación en Norteamérica, Suramérica y el Caribe.

⁴Centros de yoga especializados que incluye yoga prenatal. Cuentan con sedes en Barcelona, Colombia y Girona.

⁵ Entidad sin ánimo de lucro ubicada en la ciudad de Bucaramanga que ejecutan toda clase de actividades que permitan mejorar y mantener el bienestar físico, educativo, cognitivo y emocional de niños y niñas; desde su concepción hasta la adolescencia.

Como se puede apreciar, los saberes de parteras y doulas apuntan a las necesidades de las maternas teniendo en cuenta aspectos psicológicos, biológicos, sociales y espirituales del individuo, apuntando así, como veremos a continuación, a un cuidado humanizado.

6.2.3. Cuidado humanizado

El cuidado humanizado tiene su énfasis en la atención del ser humano teniendo en cuenta todas sus necesidades; esto amerita una atención con calidad de los aspectos físicos, psicológicos y espirituales a través de un trato respetuoso y digno; es una integralidad que no solo se dirige a la enfermedad, sino que abarca factores intrínsecos como extrínsecos. “Ser humano es tener sensibilidad, compasión de las desgracias ajenas”. Humanizarse es ablandarse, hacerse benigno, compadecerse de los demás, es escuchar con atención al paciente, compartir su pena y aflicción mostrarle salidas en su laberinto de dudas, acompañarlo, estrechar sus manos” (Pavón & Cabrera, 2008, pág. 32).

Beltrán afirma, que el cuidado humanizado incluye la atención a los detalles que son importantes para los pacientes en la interacción con la enfermera, ejemplo de ello son el saludo y el reconocimiento mutuo. Se hace necesario tener en cuenta la diferencia de las personas en el momento de brindar un cuidado humanizado para dar a cada quien lo que necesita, además, el interés y el empeño que se demuestre al realizarlo. Sumado a lo anterior se da importancia también al reconocimiento de la familia del paciente informándoles y permitiéndoles su compañía ya que esta les representa amor, apoyo y cuidado de sus seres queridos (Beltrán, 2015).

6.3. Acción colectiva y movimientos sociales

La acción social se refiere a la conducta humana intencional que frecuentemente obedece a impulsos o motivos. Esta conducta manifiesta un conjunto de intenciones, cálculos y motivaciones. Se pueden distinguir dos clases de acciones: lógicas y no lógicas; las acciones

lógicas se refieren aquellas unidas a unos objetivos no solo para quien las está realizando, sino también, para los observadores externos y las acciones no lógicas, son aquellas que los medios no están conectados a sus fines (Giner, 2001).

Giner expone cuatro tipos ideales weberianos de acción:

La acción social instrumental o finalista es aquella cuyos medios se adecuan a los fines que se propone conseguir el sujeto. Tratase de una acción racional guiada por la eficacia y la ciencia, a la luz de los conocimientos disponibles por el actor y por el uso atinado de los recursos a su alcance [...] *La acción racional valorativa*, o acorde con valores, comparte con la anterior el hecho de que el actor plasme su conducta del modo más eficaz posible y adecuado a los medios [...] *La acción social afectiva o emocional* es arracional y, con frecuencia irracional. Está motivada por las pasiones, en toda su gama: la envidia, el amor, la concupiscencia, la ira, la codicia, los celos, y cuantos sentimientos la provoquen [...] *La acción social tradicional*, o el hábito, tiene las características de la rutina aprendida en la vida cotidiana (Giner, 2001, pág. 286)

Para la acción colectiva se requiere de iniciativas. Según la Real Academia de la Lengua Española la palabra iniciativa se refiere a:

Dar principio a algo, hacer una propuesta, acto de ejercerlo, acción de adelantarse a los demás en hablar u obrar “*tomar la iniciativa*”, cualidad personal que inclina a esta acción; procedimiento establecido en algunas

constituciones políticas, mediante el cual interviene directamente el pueblo en la propuesta y adopción de medidas legislativas; como sucede en Suiza y en algunos Estados de Norteamérica (RAE, 2014).

En el caso de este estudio se nombran como iniciativas aquellos grupos, personas, instituciones, fundaciones o corporaciones que decidieron dar principio, ejercer, obrar, adelantarse y “*tomar la iniciativa*” para movilizar acciones en favor de la salud materna, con propuestas para fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el contexto estudiado, defendiendo, a su vez, los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos. La acción realizada por las iniciativas con frecuencia da cabida a la configuración de acción política en pro de unos objetivos.

Según Arendt, con la acción nos internamos en un mundo donde ya están presentes otros, más sin embargo la acción solo es política si la acompaña el discurso. “Y ello porque, en la medida en que siempre percibimos el mundo desde la distinta posición que ocupamos en él, sólo podemos experimentarlo como mundo común en el habla” (Arendt, 1995, pág. 18). Siguiendo con la idea arendtiana;

Actuar es inaugurar, hacer aparecer por primera vez en público, añadir algo propio al mundo. De este modo, el mundo humano es este espacio entre, cuya ley sería la pluralidad. En este sentido, la acción así descrita no es la que ha triunfado en la modernidad y a la que convencionalmente se le ha atribuido la libertad de la voluntad y la realización de un fin. La acción arendtiana concede durabilidad y sentido al mundo, y, en esta medida, es política, pero al mismo tiempo se caracteriza por su fragilidad (Arendt, 1995, pág. 20)

Montero hace referencia a formas alternativas de acción política basadas en la politización;

entendiendo por politización “el fortalecimiento y todos los procesos que implica llevar al desarrollo de la ciudadanía y, por ende, de la sociedad civil. Más aún, genera eficacia en el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos, así como en el espíritu crítico” (Montero, 2003, pág. 67). La autora, expone a su vez, la acción comunitaria como una forma alternativa de acción política; en el sentido en que la comunidad se concentra en redes, participa y se compromete para la construcción de la sociedad civil, ya que con su participación “fortalecen el poder local y ciudadano, además de generar modos tradicionales y alternativos de ocupar el espacio público... muestran su capacidad de transformación y de apoyo social, su poder, su carácter fortalecedor...” (Montero, 2003, pág. 198).

Entendemos entonces que las iniciativas que realizan acciones colectivas en pro de un objetivo pueden configurarse en un movimiento social de mayor reconocimiento y permanencia en el tiempo.

Siguiendo a Borrero y Echeverry (2011) la investigación sobre acción colectiva y movimientos sociales en Colombia es escasa, sin embargo, las condiciones de deterioro de la calidad de vida y el alcance de los derechos, especialmente del derecho a la salud, después de la reforma derivada de la implementación de la Ley 100/93, ha dado pie a un escenario donde la investigación sobre el tema es pertinente y necesaria (Borrero & Echeverry, 2011).

En general la reforma en salud en Colombia se considera una fuente de “malestar social” y configuración de nuevos actores sociales que se articulan entre ellos y comparten diferentes luchas. Esta articulación de actores (personas desplazadas, desmovilizadas, maestros, madres comunitarias, estudiantes, indígenas) aunque invisibiliza la lucha específica por la salud, no la niega; más bien refuerza la idea de que en el país existe una amplia sensación de malestar social y percepción de injusticia social que convoca a diferentes actores y se expresa en acciones sociales coyunturales tales como marchas, plantones, tomas, declaraciones colectivas, cacerolazos, asambleas, congresos y audiencias públicas, foros, debates en el Senado, publicaciones en prensa y revistas académicas, videos, propuestas legislativas, entre otros.

En el período 1994-2009, los sindicatos y los trabajadores de la salud estuvieron al frente de las protestas contra las políticas laborales y sociales. Pese a los incrementos y descensos en su presencia pública, a la persecución y asesinato de sus líderes y a la represión gubernamental, le apostaron a la solidaridad con las protestas de otros actores en conflicto convocando a jornadas de paro nacionales y no claudicaron junto con los estudiantes en la denuncia de la crisis hospitalaria y en la defensa de la red pública (Borrero y Echeverry, 2011, pág. 72).

A pesar de la invisibilización de la protesta por la salud y del “contexto hostil para la movilización social en el país” (Torres, 2011, pág. 1), ha sido esta dinámica de articulación entre actores lo que permite sostener que desde hace más de 10 años avanza la consolidación del movimiento social por la salud en Colombia, cuyos propósitos son el reconocimiento de la salud como un derecho y eliminar la intermediación en el sistema de salud del país. El movimiento, a pesar de las tensiones internas que ponen atención ya en lo estructural y en lo coyuntural, busca avanzar en

La configuración del sujeto político del derecho a la salud. Este paso debe generar procesos que amplíen la indignación de la gente por la situación en salud que padecemos al reconocer que es injusta; establecer dinámicas de trabajo que conecten con la realidad de la gente, buscando salidas concretas y estructurales, vía por la cual es posible ampliar la base del movimiento y de la movilización social por el derecho a la salud (Torres, 2011, pág. 1).

Dada la diversidad y movilidad de actores en el movimiento social por la salud en Colombia,

que impide identificar su magnitud e impacto, se sugiere que futuras investigaciones deberán indagar sobre los diferentes actores y repertorios de acción⁶. (Borrero & Echeverry, 2011).

Igualmente, estas investigadoras plantean que un análisis más adecuado de la acción colectiva y los movimientos sociales requiere la articulación de tres enfoques teóricos a saber: “el de la contienda política, el construccionismo de Melucci y el de marcos de sentido, dicha articulación, permite darse cuenta de la relación estructura, acción colectiva y actor social” (Borrero y Echeverry, 2011, pág. 65).

El modelo de la contienda política: son todas aquellas interacciones colectivas o individuales de carácter político “que caracterizan los procesos de cambio social reconociendo desigualdades de recursos de poder entre diferentes actores y asignando un lugar importante a los mecanismos causales de pequeña escala en el marco de escenarios históricos dinámicos” (Borrero y Echeverry, 2011, pág. 73). Dicha contienda política permite la lectura de los elementos que entrelazadamente construyen la acción, como lo son las élites de poder, el sistema político y los procesos de democratización. (Borrero y Echeverry, 2011).

El Construccionismo de Melucci: se refiere al análisis de los movimientos sociales y la acción colectiva como un sistema, en el cual, se aborda la acción colectiva como un proceso donde se descifran las relaciones externas e internas que lo conforman, así pues, la acción colectiva y los movimientos sociales siempre están organizándose en una continua construcción y no son solo hechos dados. La acción colectiva requiere constante interacción entre objetivos, obstáculos y recursos.

Los Marcos de sentido: se refieren al significado que le confieren los actores del movimiento a las acciones que realizan y cómo hacen estos para que ese sentido y significado que le otorgan a

⁶ “Repertorio de acción es un concepto planteado por Tilly. Hace referencia a la forma o medios de protesta que son usados por un grupo social para visibilizar y hacer escuchar sus demandas. Los repertorios de acción se configuran a través de procesos de aprendizaje y de memoria colectiva; se usan de acuerdo con su eficacia. Contienen elementos innovadores y de permanencia. Los actores los apropian, recrean y usan permanentemente” en (Borrero y Echeverry, 2011: 74)

su participación, llegue a la sociedad en general para con ello crecer y fortalecerse. Para potenciarse y lograr una amplia capacidad de movilización, se requiere estar interconectados con la ideología, creencias, formas de ver el mundo, experiencias cotidianas entre los participantes del movimiento y la sociedad en general. Borrero y Echeverry, 2011).

En conjunto, estos enfoques contribuyen al análisis del proceso que llevan a cabo los actores colectivos o iniciativas y las estructuras políticas, el estado y su modelo de atención del parto para incluir un protocolo de parto humanizado en el sistema de salud.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

Se realizó investigación de corte cualitativo con enfoque etnográfico.

La investigación cualitativa es descrita por Taylor y Bogdan Como “la investigación que produce datos descriptivos, a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas [...] Es un modo de encarar el mundo empírico” (Taylor & Bogdan, 1987, pág. 20). Ella posee características fundamentales las cuales se tuvieron en cuenta para este estudio:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Se realizó de lo particular a lo general en relación con la movilización social de intereses en favor de la salud materna y de las mujeres.

2. El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística. Durante las entrevistas y la observación participante se consideró a los participantes como sujetos de derechos por tanto siempre se buscó un trato respetuoso y acorde a su disponibilidad para ofrecer información sobre distintos aspectos de su forma de ver la atención del parto en nuestro contexto.

3. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Quienes participaron fueron informados sobre mi formación

profesional como enfermera y mi experiencia en atención de partos. Ello facilitó la comunicación en doble vía y la comprensión del lenguaje médico durante las entrevistas.

4. Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Las entrevistas y observaciones fueron realizadas en espacios cotidianos para quienes participaron en la investigación y se les hizo saber lo importante de sus reflexiones personales sobre el tema de la investigación sin cuestionar o debatir sobre sus opiniones.

5. El investigador suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. A pesar de la formación profesional como enfermera y experiencia en la atención de partos, como investigadora se mostró imparcialidad frente a los aportes y comentarios de quienes participaron y se evitó hacer juicios de valor al respecto. Se intentó la escucha activa y siempre se mantuvo una alta preocupación por la calidad de los datos recolectados.

6. Todas las perspectivas son valiosas. Durante la recolección de información se buscó diferentes características en quienes participaron: hombres, mujeres, de edad y profesiones variables, con diferente nivel de involucramiento en las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el contexto estudiado.

7. Los métodos son humanistas. Recuperando la voz de quienes participaron se indagó sobre cómo perciben el parto y la atención del parto en nuestro contexto. Ello implicó un acercamiento a las diferentes iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, la identificación de los discursos en que se sustentan dichas iniciativas, los repertorios de acción que realizan para movilizar la conciencia social sobre la atención del parto y el significado que los actores le dan a su participación en dichas iniciativas.

8. Los investigadores dan énfasis a la validez en su investigación. Acorde con la flexibilidad que permite la investigación etnográfica se combinaron diferentes instrumentos para la recolección de información, tales como la entrevista, la observación participante y el diario de campo, al igual que se usaron diferentes procesos para el análisis de la información: indexación,

codificación abierta, axial y selectiva para facilitar la organización, descripción y análisis de los resultados.

7.2. Enfoque del estudio

Siguiendo a Boyle, el tipo de etnografía que se realizó en este estudio se enmarcó en lo que se conoce como una etnografía procesal, particularista o enfocada, la cual, en lugar de estudiar una cultura entera, se enfoca en una unidad social (Boyle, 2003). En este caso, la unidad social que este estudio describe son las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, sin importar que dichas iniciativas provengan de las instituciones o de la población, ya sea a nivel individual o colectivo, siempre y cuando estuvieran encaminadas a la modificación de uno o varios aspectos del modelo convencional de atención del parto.

Existen muchas variaciones o concepciones sobre la etnografía, sin embargo, Boyle sostiene que mínimamente una etnografía cumple con las siguientes características:

- **“Se centra en un grupo de personas que tienen algo en común [...]** los participantes de una etnografía pueden compartir un sitio de trabajo, un estilo de vida, una residencia de cuidados, o una misma filosofía de la gestión” (Boyle, 2003, pág. 187). Así, para el caso de esta investigación, se hizo énfasis en diferentes profesionales de la salud, líderes, grupos de voluntarias, académicos y ciudadanos comprometidos con la filosofía que orienta hacia la integración de saberes en el modelo de atención del parto; todos ellos coinciden en el objetivo de la transformación del paradigma biomédico hacia un modelo holístico de atención. Al mismo tiempo, se identificaron personas, instituciones y organizaciones de la sociedad que respaldan la promoción del parto respetado.
- **Es de naturaleza contextual y holística:** la comprensión del comportamiento humano sólo puede ser posible en contexto, por lo tanto, es necesario identificar los elementos que componen el contexto del objeto de estudio. Para este caso, algunos de los elementos

de las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto son: **el impulso que ha tomado la estrategia IAMII con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS)** el cual, tiene entre otros elementos la acreditación de los servicios de salud que habla del cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de salud (Minsalud, Decreto 1011 de 2006, 2006), esto marca el horizonte de la estrategia IAMII en busca de aumentar la calidad en la atención de las mujeres y la infancia. En concordancia con lo anterior, tenemos **la transformación de las instituciones de salud en el marco de la prestación de servicios según el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)**. En el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, podemos encontrar varias instituciones en proceso de acreditación como IAMII⁷ que dan cuenta de dicha transformación. Por otro lado, existen **agrupaciones, académicos y personas** que, de manera individual o colectiva, actúan bajo el discurso del parto humanizado y respetado promovido a nivel mundial por diferentes movimientos sociales⁸, exigiendo la calidad en la atención del parto y el nacimiento y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos.

- **El carácter reflexivo:** el carácter reflexivo de la etnografía implica reconocer que el investigador es parte del mundo que investiga y está afectado por éste. Sin embargo, mantiene los compromisos de objetividad y neutralidad que exige el proceso de investigación, de tal manera que puede reflexionar sobre los datos, alejándose y acercándose a ellos en un proceso permanente de comprensión. En este caso la reflexividad resulta favorecida por el hecho de que, como investigadora principal soy profesional de la salud, enfermera, que he trabajado en el área de atención institucionalizada del parto y con un gran interés personal por el tema.
- **El uso de datos *emic* y *etic*:** La recolección de los datos se realizó mediante perspectiva *emic*, entendida como el punto de vista de los participantes la visión “desde adentro”, es

⁷ Presentadas en los resultados de esta investigación.

⁸ Movimientos como: Red para la humanización del parto y el nacimiento (REHUNA) Brasil, agrupaciones de parteras y doulas a nivel mundial, movimiento “el parto es nuestro”, grupos feministas, entre otros.

decir, los aspectos subjetivos. Y el análisis bajo perspectiva *etic*, que trata mi punto de vista, basada en un “marco teórico que se trae desde afuera”, es decir, los aspectos objetivos. En otras palabras, la perspectiva *etic* se entiende como la abstracción y la explicación científica que realicé de la realidad para comprender así el significado de las acciones y acontecimientos del fenómeno estudiado.

7.3. Ubicación del estudio

La investigación se realizó en el Valle de Aburrá, extendiéndose hacia algunos municipios cercanos por el hecho que los repertorios de acción de los participantes se extendían hacia estos lugares. El Valle de Aburrá es una subregión del departamento de Antioquia en el país de Colombia, los municipios que la conforman son diez (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La estrella y caldas). En cuanto a los municipios cercanos al valle de Aburrá, fueron incluidos tres en este estudio (Rionegro, La ceja y el Carmen de Viboral) todos ellos ubicados en el oriente del departamento. El período del estudio fue entre enero de 2016 a junio de 2017.

Ubicación del estudio

TERRITORIO



Imagen tomada de página web Área Metropolitana Valle de Aburrá y modificada para insertar los municipios cercanos que incluidos en el estudio

7.4. Criterios para la selección de participantes

Los participantes cumplieron con los siguientes requisitos:

- Mayores de edad, pertenecientes a las distintas iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos.
- Iniciativas de carácter individual, grupal, académicas o institucional.
- No existió discriminación alguna en cuanto al sexo, filiación religiosa, nivel de escolaridad, etnia o cualquier otro factor de discriminación.
- Participación voluntaria, aceptación y firma del consentimiento informado como comprobante del respeto a la autonomía de las personas para participar en el estudio.

7.5. Instrumentos y recolección de datos

El trabajo de campo para la recolección de los datos incluyó observación participante de distintas situaciones institucionales relacionadas con la implementación de IAMII y de acciones o actividades realizadas por los grupos no institucionales o a nivel individual, esta observación se llevó a cabo por cortos períodos y durante el tiempo de la investigación. Se realizaron también, entrevistas semiestructuradas a diferentes actores identificados como claves y la revisión documental relacionada con la información que iba surgiendo de los participantes. La recolección y el análisis fue realizada bajo mi responsabilidad como investigadora principal, para garantizar el contacto permanente y directo con los datos y cuidar la relación participante-investigador, necesarios para el proceso de comprensión.

A continuación, se explican las herramientas de recolección de información utilizadas:

7.5.1. La Encuesta

Esta herramienta fue utilizada con el fin de obtener un perfil sociodemográfico de los participantes; es un instrumento de uso frecuente para obtener información de una población definida, en este caso de los participantes de esta investigación. “Se define como población base del estudio aquella a la que el estudio hace referencia” (Hernández, 2000, pág. 448). Se tomó como muestra, los participantes seleccionados según los criterios de inclusión los cuales fueron la unidad básica sobre la cual se extrajo la información. Esta muestra reflejó las características de la población base que se estudió. En cuanto a las variables se asignaron las siguientes: edad, sexo, nivel de instrucción, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, seguridad social, tiempo de pertenencia a la iniciativa que fomenta la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento.

7.5.2. Entrevista semiestructurada

Según Taylor y Bogdan, en la entrevista cualitativa el entrevistador recoge los datos cuidadosamente y tiene como función que los entrevistados se relajen completamente de tal

manera que respondan por completo a una serie predefinida de preguntas. Estos autores definen la entrevista cualitativa como flexible, dinámica, no directiva, no estructurada, abierta y no estandarizada (Taylor & Bogdan, 1984).

Para el presente estudio la entrevista semiestructurada fue útil para identificar elementos relevantes en términos de las historias de las iniciativas, origen de las mismas, desarrollo de procesos, tipo de estrategias utilizadas, momentos fundacionales y coyunturales, conflictos, intereses, significados y discursos que alimentan las iniciativas en estudio.

7.5.3. Observación participante

La observación en la etnografía según Guber, siempre será participante dado el hecho de que, si el investigador está allí, cambia el contexto en el cual se está realizando el estudio, “ni el investigador puede ser "uno más" entre los nativos, ni su presencia puede ser tan externa como para no afectar en modo alguno al escenario y sus protagonistas” (Guber, 2001, pág. 23). Según la autora la posibilidad de participación y observación no depende de la decisión del investigador (Guber, 2001). Dicha observación requiere un mínimo de participación, es decir el solo hecho de desempeñar un rol o entablar una relación de reciprocidad ya sea en una entrevista o en alguna actividad organizada por alguna de las iniciativas que se van a estudiar, hace que la observación sea participante.

La diferencia entre observar y participar radica en el tipo de relación cognitiva que el investigador entabla con los sujetos/informantes y el nivel de involucramiento que resulta de dicha relación. Las condiciones de la interacción plantean, en cada caso, distintos requerimientos y recursos. Es cierto que la observación no es del todo neutral o externa pues incide en los sujetos observados; asimismo, la participación nunca es total... pero, aun

así, el hecho de que un miembro se transforme en investigador introduce diferencias en la forma de participar y de observar (Guber, 2001, pág. 24).

Aclarado lo anterior Guber describe actividades que comprende la observación participante: “integrar un equipo de fútbol, residir con la población, tomar mate y conversar, hacer las compras, bailar, cocinar, ser objeto de burla, confidencia, declaraciones amorosas y agresiones, asistir a una clase en la escuela o a una reunión del partido político” (Guber, 2001, pág. 22).

Sumado a lo descrito, la observación participante implica que el investigador se sumerja como parte de su objeto de estudio, no solo se trata de la reflexión de cómo me veo como investigador, desempeñar un rol, entablar relación de reciprocidad o de aprender a utilizar una técnica de recolección de datos. Se trata, más bien, de registrar atentamente al investigador y sus procedimientos; todo lo que el investigador es y cuanto haga contribuirá, o no, al proceso de conocimiento social. En esta parte se hace referencia a la reflexividad como una propiedad de la vida social pues “*en la mutua presencia de la interacción sus actores constituyen los marcos de interpretación de lo que hacen y comunican*” (Guber, 2006).

Como investigadora y como profesional del área de la salud, que ha hecho parte del contexto de la salud materna en la sociedad estudiada, al realizar esta investigación atravesé por el proceso de reflexividad durante todo el estudio, es más, podría dar cuenta de lo que era como persona antes de iniciar este estudio y la transformación que sucedió luego del mismo en la interacción con los participantes, reconociendo que, como sujeto en la investigación, hice parte del proceso, me afectó y afecté al otro.

Dentro de las actividades que expone Guber, aplica para esta investigación la conversación, la cual, se hizo efectiva en la entrevista. En la totalidad de los relatos se puede apreciar el amor y la pasión por el tema, un sentimiento que se contagia y se vive con solo escucharlos. Sumado a ello, se compartió un café o un almuerzo con los participantes, se recibieron confidencias y declaraciones, estableciendo empatía y confianza en ambas direcciones. Se asistió a una de las

clases de yoga de preparación para el parto, acompañamiento del trabajo de parto realizado por voluntarias y a dos eventos que organizaron las iniciativas titulados: “Encuentro de ciudad: Parto respetado protegido y con sentido Medellín y Antioquia asumen el reto” y la capacitación para estudiantes del área de la salud en el tema IAMII. De todo ello se tomó notas descriptivas de lo ocurrido para posteriormente realizar el análisis, dichas notas están plasmadas en los resultados de esta investigación y pueden dar cuenta de que cada espacio en que se interactuó con los participantes y sus repertorios de acción caracterizaban el contexto en que surgen estas iniciativas. Esta observación participante aportó a la comprensión de como concebían la atención del parto y el nacimiento los participantes y el foco de las mismas estuvo siempre puesto en este sentido “comprender, interactuar y reflexionar sobre lo que estaba sucediendo a mi alrededor”.

7.5.4. Diario de campo

El diario de campo es una herramienta de recolección de información típica de la antropología y la etnografía, pero a su vez es útil para cualquier tipo de investigación, según Pilar Albertín,

Los diarios de campo son textos escritos en los que el científico/a y/o profesional (o estudiante en formación) registra aquellos acontecimientos que transcurren en el día a día de su experiencia profesional o académica y que le resultan especialmente significativos... Estos son utilizados como el instrumento fundamental de inscripción en el que queda grabado el “discurso social” (Albertín, 2007, pág. 14).

En el diario de campo no solo quedan consignados registros del investigador, sino también, su propia interpretación, en donde se refleja el proceso reflexivo y elementos conceptuales, relacionales, emocionales, éticos entre otros de carácter personal (Albertín, 2007). Se reconoce la utilidad que tuvo esta herramienta para la recolección de información de esta investigación ya

que permitió la reflexión para un mejor análisis y comprensión del objeto de estudio, se utilizó en las observaciones, las asesorías y luego de los encuentros con los participantes.

7.5.5. Revisión documental

Se realizó revisión documental para la realización del marco teórico y de los temas emergentes que surgen de las entrevistas, las observaciones y reflexiones del diario de campo.

7.5.6. Estudio exploratorio

El estudio exploratorio se realizó con el fin de validar el tipo de instrumentos (encuesta y entrevista, ver anexos 1 y 2). Fue realizado en la primera entrevista, lo que contribuyó a la elaboración de ajustes pertinentes para la recolección de la información. Es de anotar, que en la medida que se realizaban las entrevistas, cada una de ellas aportaba nuevos ajustes. Fue de utilidad también el muestreo como técnica para la elección de los mejores momentos para la recolección de los datos.

Siguiendo a Sandoval, el muestreo se refiere a la elección del tipo de eventos, situaciones, momentos, actores y temas que se pretenden abordar; este muestreo es progresivo y se somete a la dinámica derivada de los hallazgos de la investigación, se participa en eventos, se eligen los momentos claves para recolección de información, criterios de inclusión y se pueden combinar técnicas de selección de los participantes (Sandoval, 1996). En cuanto a los eventos, se participó en dos, organizados por las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento y se observó una de las clases de yoga como preparación para parto. Se eligieron los momentos en que se podía recolectar la mayor información posible sobre el tema de interés del estudio; se definieron los criterios de inclusión ya descritos y se utilizó combinación de técnicas de muestreo como la selección por conveniencia y bola de nieve. Cabe anotar que la

selección por conveniencia “tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados” (Sandoval, 1996, pág. 124). Dicha selección se realizó por medio de contactos claves ya identificados que permitieron el acercamiento a los participantes, con ello se obtuvo la información necesaria para esta investigación. A partir de estos participantes se aplicó la técnica de bola de nieve la cual direccionó hacia otros posibles participantes hasta que se alcanzó el nivel de información suficiente y la saturación de información.

En cuanto a la técnica de bola de nieve, Sandoval afirma que:

Tiene su origen en la búsqueda de comprensión de realidades culturales o personales que, por su condición de marginalidad del orden social imperante, o por otras razones, se mantienen en la clandestinidad o en la oscuridad del anonimato. La clave está, aquí, en encontrar un caso perteneciente al grupo objeto de investigación y éste lleva al siguiente y al próximo y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel de información suficiente para dar por terminada la investigación” (Sandoval, 1996, pág. 123).

El proceso de saturación se da cuando no se produce más información nueva en los datos recolectados, luego de ello se realiza la contrastación teórica la cual se refiere a la comparación con la literatura existente sobre el tema (Sandoval, 1996).

7.6. Sistematización y análisis de la información

La sistematización de los datos se realiza de forma manual siguiendo las orientaciones de Galeano M.E. sobre el registro y sistematización de información cualitativa, se realizó el siguiente proceso durante toda la recolección, generación de la información y análisis de la misma, el cual permitió la organización del proceso investigativo de manera ágil y eficiente (Galeano, 2004):

Elaboración de guía de entrevista y guía de observación: (ver anexo # 1 y #3) estas guías orientaron y focalizaron la recolección de la información suministrada por los participantes, eran flexibles y modificadas en la medida que se iba realizando cada entrevista o cada observación, posibilitando a su vez el registro sistemático de la información.

Sistema unificado de descripción bibliográfica: se elaboró una tabla en Excel donde se clasificaron las bibliografías utilizadas, la tabla contiene: autor, breve reseña del autor, año de publicación, título y tema con el que se relaciona en esta investigación.

Registro de la información: se realizó inmediatamente después de la observación o la entrevista. Las observaciones, se realizaron en forma descriptiva y las entrevistas se transcribieron fielmente.

Sistemas estandarizados de registros: se utilizaron, memos analíticos, fichas de contenido, diario de campo, esquemas, mapas mentales, grabación y cuadros de resumen.

Indización coordinada: permite agrupar la información por temas o subtemas a partir de palabras claves. Por medio de un sistema que almacena en cada ficha la información existente sobre cada palabra clave lo que permite recuperar la información por temas específicos (Galeano, 2004). Siguiendo a Galeano, en esta investigación surgieron 1.115 palabras o frases claves derivadas de la información recolectada en las entrevistas los cuales se agruparon en 20 temas: historia y surgimiento, visión, objetivos, repertorios de acción, discursos, motivaciones, necesidad de unión, logros, dificultades, significados, movimiento social, medicalización, parto en casa, doulas, parteras, lactancia materna, paradigma biomédico, defensa de derechos y política pública.

Cada que se realizaba una entrevista o una observación se iban nutriendo estas fichas y añadiendo las palabras claves nuevas que surgían. Debajo de cada palabra clave, se archivaban los testimonios y situaciones observadas relacionadas con esta, con el fin de ir agrupando por temas.

Las fichas se organizan en orden alfabético facilitando el manejo ágil, no se enumeran para poder ingresar más fácil nuevas fichas, según Galeano, la construcción de esta base de datos permite registrar, organizar, clasificar, sistematizar y recuperar la información de una categorización preliminar para cualificarla durante el proceso investigativo y construir el sistema categorial.

Para la construcción del sistema categorial se parte de los temas centrales, derivados y secundarios que surgen de la indización coordinada. Lo anterior, permitió como lo indica Galeano, ubicar límites, umbrales, relaciones y diferencias entre categorías.

Se usan algunas de las técnicas que proponen Strauss y Corbin tales como: codificación abierta, axial y selectiva, construyendo así las categorías descriptivas del fenómeno de estudio, basadas en los objetivos de la investigación y atendiendo los datos emergentes (Strauss & Corbin, 2002), a continuación, se describen cada una de ellas.

Codificación abierta: por medio de la cual se identificaron los conceptos para descubrir las propiedades y dimensiones de los datos. Consiste básicamente en examinar minuciosamente los datos descomponiéndolos y comparándolos en búsqueda de similitudes y diferencias (Strauss & Corbin, 2002). Es decir, agrupar en categorías los conceptos que se consideren de la misma naturaleza o se relacionen.

El primer paso que se sigue es la conceptualización, se le coloca nombre a los objetos a causa de la imagen o significado que traiga al examinarlo en contexto y comparativamente, o el nombre se puede tomar de la misma palabra de los entrevistados “códigos in vivo”. Para ilustrar la conceptualización se utilizan notas reales de las palabras de los entrevistados reflejando así más precisamente el material con que se ha trabajado (Strauss & Corbin, 2002).

Seguidamente se denominan las categorías y subcategorías que provienen de los conceptos que se descubrieron en los datos luego de un análisis línea por línea de la información recolectada, para luego, desarrollar sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002). Es de anotar que se hace importante la realización de memos analíticos de los conceptos hallados en la codificación.

Codificación axial: se refiere al proceso que se lleva a cabo para relacionar las categorías a sus subcategorías, es decir, enlazar los datos que se separaron durante la codificación abierta. Las categorías se relacionan con sus subcategorías para formar explicaciones (Strauss & Corbin, 2002). En este proceso se continúa con la elaboración y refinamiento de los memos analíticos.

Codificación selectiva: se trata de refinar las categorías ya integradas en la codificación axial y encontrar las categorías centrales, los puntos importantes. En esta codificación, hace parte significativa el uso de los memos analíticos que contienen la clave de la integración de las categorías. En este proceso se quitan los datos excedentes, se completan las categorías poco desarrolladas para terminar con la validación de los entrevistados al presentarles el producto final (Strauss & Corbin, 2002).

8. CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO

8.1 Confiabilidad y validez

Para tener en cuenta estos criterios, esta investigación se basa en las ideas expuestas por Vásquez y Castillo en su artículo *“El rigor metodológico en la investigación cualitativa”*; estas autoras toman como referencia a Guba y Lincoln para desarrollar una forma práctica de revisión de estos criterios. Definen allí la importancia de la validez y la confiabilidad como “estándares de rigor científico independientemente de los paradigmas que orientan la investigación porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles”

(Vásquez & Castillo, 2003, pág. 166). Retoman de Guba y Lincoln tres criterios importantes: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad, los cuales serán expuestos a continuación y se explicará su aplicación.

8.2. Credibilidad

Para lograr la credibilidad de la investigación se requiere que la información recolectada sea reconocida por los informantes, como un acercamiento verdadero a lo que ellos sienten y piensan. “la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado” (Vásquez & Castillo, 2003, pág. 165). En este sentido se da cumplimiento a este requisito de confiabilidad y validez de la manera expuesta por Vásquez y Castillo:

- Se tuvo en cuenta que el informante es el que conoce su mundo, el cual puede ser diferente al del investigador.
- Se confirmaron los hallazgos con los informantes.
- Se archivaron las notas de campo.
- Se discutió con la asesora mi comportamiento y experiencia como investigadora en relación con la experiencia de los participantes.
- Se utilizaron métodos de triangulación de información para determinar relación de resultados. los métodos fueron: triangulación de datos, confrontando diferentes fuentes encontrando concordancia entre ellos; triangulación teórica, evaluando teorías emergentes, realizando interpretaciones, determinando relaciones, elaborando el contraste entre ellas.
- Se usaron transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio.
- Se discutieron interpretaciones con otros investigadores pares y asesores del grupo de

investigación salud de las mujeres de la Universidad de Antioquia.

- Se sometieron los hallazgos a lectura de pares y expertos para comprobar si son significativos y aplicables en nuestro contexto.

8.3. Auditabilidad o Confirmabilidad

Este criterio se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir el rastro o el camino de lo que el investigador original ha realizado. Se debe conservar entonces, toda la documentación que contenga decisiones, procedimientos y análisis (Vásquez & Castillo, 2003).

Para dar cumplimiento a este criterio se siguieron las recomendaciones de Vásquez y Castillo, las cuales aplicadas quedaron de la siguiente manera:

- Se conservan grabaciones de las entrevistas para garantizar la existencia de evidencia con la que fue analizada en la investigación.
- Se describen las características sociodemográficas de los participantes y además se explican criterios de selección.
- Se realizó transcripción fiel de las grabaciones para el análisis; además fueron transcritas por el mismo investigador para dar más confiabilidad a la interpretación.
- En la discusión del informe se tuvieron en cuenta y fueron expuestos los contextos físicos, interpersonales y sociales que surgieron durante la investigación.

8.4. Transferibilidad o aplicabilidad

Según las autoras, este criterio se refiere “a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones” (Vásquez & Castillo, 2003, pág. 166). Es la manera de ver cómo se ajustan los resultados obtenidos a otro contexto. Es decir, “la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado” (Vásquez & Castillo, 2003, pág. 166). Para ello se realizó:

- Descripción de manera completa del lugar y las características de las personas, para ello se utilizan las herramientas de recolección de la información ya expuesta en la metodología.
- Descripción de las categorías analíticas que surgieron de las entrevistas por medio del análisis propuesto por la etnografía, para con ello, se hallaron las tipologías en las respuestas de los participantes. Todo ello, a través de la recopilación de experiencias y procesos que determinan sus formas de comportarse, movilizarse y exponer sus ideas.
- La representatividad de los datos fue examinada como un todo en la investigación.

8.5. Representatividad

Según Serbia,

El concepto de representatividad subyacente en las muestras cualitativas implica, no la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales, sino la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias micro sociales... las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado (Serbia, 2007, pág. 133).

En este sentido, se requiere, para dicha reconstrucción, cierto grado de coherencia de los datos, el conocimiento de perfiles sociodemográficos, preconcepciones culturales y simbólicas de los participantes en relación con el tema a investigar (Serbia, 2007). Es así como esta investigación, en la recolección de datos sociodemográficos, se tuvo en cuenta aquellos que fueron representativos al tipificar los participantes.

8.6. Relevancia

Este criterio se refiere según Calderón “a la justificación y repercusiones que el trabajo de investigación conlleva de cara a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión, como sobre todo respecto de la práctica de los sujetos a quienes la investigación va dirigida” (Calderón, 2002, pág. 479). Para dar cumplimiento a este criterio, en esta investigación quedó implícito en sus objetivos la finalidad de la misma; además en su introducción y planteamiento del problema se realizó la descripción del punto de partida en que se encuentra el fenómeno a estudiar para luego evaluar el conocimiento adquirido del mismo. “la relevancia representa la importancia de los componentes de «descubrimiento» y de «creación» teórica como justificadores en última instancia de la investigación en general” (Calderón, 2002, pág. 479).

8.7. Reflexibilidad

Como criterio de evaluación de la calidad de la investigación, la reflexividad:

Representa el esfuerzo no ya por evitar el efecto del investigador sobre el objeto de estudio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta tanto por él como por los destinatarios del trabajo de investigación. Los sesgos a prevenir desde esta perspectiva procederían, por tanto, más de la no explicitación de las preconcepciones del investigador que de la inevitable presencia de las mismas (Calderón, 2002, pág. 480).

Para dar cumplimiento a este criterio se mantuvo durante toda la investigación una conciencia autocrítica evaluando constantemente las diferentes fases de la investigación, desde la formulación de la pregunta hasta la difusión de resultados.

8.8. Difusión

Para la difusión de este estudio se tienen en cuenta tres enfoques empleados para difundir y aplicar los resultados de la investigación cualitativa en salud; estos enfoques son expuestos por autores como Mercado y Robles de la siguiente manera:

En primer lugar, el enfoque dirigido a la academia, cuyo objetivo es transmitir los conocimientos desde y para la utilización de los grupos académicos, este estudio se presentó al grupo de investigación de salud de las mujeres de la universidad de Antioquia, además se postulará para presentarse en la reunión académica de enfermería realizada en la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia, sumado a ello se producirá un artículo con el fin de publicarse en una revista de investigación; en segundo lugar, un enfoque centrado en la transferencia, traducción e impacto de los resultados para la elaboración y fortalecimiento de las políticas y los programas de salud, para ello, los resultados de esta investigación serán puestos a disposición de las iniciativas para que sean utilizados como sustentación en sus repertorios de acción colectiva y; por último el enfoque orientado a la población, el cual según los autores identifican tres variantes: “una preocupada por la divulgación a la población; otra interesada en el regreso de los datos a los informantes y, una tercera sustentada en principios como los de justicia social” (Mercado & Robles, 2008, pág. 52). Los datos y resultados fueron devueltos a los informantes, los cuales realizaron validación y aportes a la construcción de este trabajo

9. CRITERIOS ÉTICOS

Esta investigación, parte del reconocimiento y el respeto por la dignidad humana de sus participantes, reconociendo de antemano su libertad y autonomía para participar en el estudio, luego de ser informados de manera clara, concreta y comprensible de los objetivos, metodología y alcances de la investigación, para los participantes, para la academia y para las agrupaciones a las que estos pertenecen.

Las normas éticas internacionales en las que se enmarca el presente estudio son las siguientes:

- Código de Nuremberg (1947) el cual hace relación a la protección de la integridad del sujeto de investigación y destaca el consentimiento voluntario (Nüremberg, 1946).
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la cual es seguida de la aprobación en (1966) del pacto internacional de derechos civiles y políticos. A través de estas declaraciones se expresa la protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos humanos las cuales deben ser aplicadas en la experimentación científica. El artículo 7 da cuenta de esto "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos" (AGNU, 1948).
- Informe de Belmont (1978) el cual trata de los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. se resalta la necesaria interdependencia entre los tres principios básicos de la investigación en salud: el respeto, la beneficencia y la justicia (Belmonth, PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS, 1979). Como se indicó en otros lugares esta investigación siempre estuvo guiada por el respeto a los participantes y el reconocimiento de que no implicaba beneficios directos para ninguno de ellos, distintos a los beneficios que pueden derivarse de la producción de conocimientos para avanzar en la comprensión de los problemas asociados a la atención del parto en nuestro contexto. Adicionalmente los criterios de inclusión fueron pensados para alcanzar representatividad de las voces de los involucrados en formas alternativas de atención del parto.
- Declaración de Helsinki (1964) revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000). Con notas de clarificación Washington (2002), Tokio (2004), Corea (2008), brasil (2013). En estos documentos se formula de forma integral las pautas en investigación biomédica; se tienen en cuenta especialmente el numeral B sobre los principios para toda investigación médica como lo son: confidencialidad, resguardo de la intimidad, realización del protocolo de investigación que incluya las consideraciones éticas, este debe ser aprobado por un comité de ética, la

investigación debe ser realizada por personas idóneas; se deben evaluar riesgos y costos, elaborar consentimiento informado, entre otras (Busquets, 2009).

- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) quien suministra pautas para la realización de investigaciones. Recomiendan la utilización de los instrumentos y pautas expuestos en los ítems anteriores y la aplicación de principios como: el respeto por las personas (Respeto por la autonomía y Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada), la beneficencia y no maleficencia y la justicia (CIOMS, 2002).

A nivel nacional la norma a la que se acoge este estudio es:

- Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual se refiere a las normas técnico científicas y administrativas para la atención en salud. En esta norma se hace énfasis en dos capítulos: capítulo I, aspectos éticos en la investigación con seres humanos y capítulo II investigación con las comunidades (Minsalud, 1993).

La resolución 008430 de 1993 fue la guía para la elaboración del consentimiento informado, la valoración del riesgo de la investigación y los compromisos adquiridos por el investigador.

Los requisitos propuestos por Ezequiel Emanuel para la conducción responsable de la investigación se verán reflejados en los siguientes apartados (Emanuel, 1999).

9.1. Validez social

Se pueden generar o reforzar estrategias para que el personal de salud y las familias gestantes se informen, debatan y reflexionen sobre la forma de lograr intervenciones asertivas, que partan de una necesidad real de este colectivo. Este estudio se considera importante ya que identificó la forma en que vienen funcionando estas iniciativas, a partir de ello, se pueden plantear recomendaciones para realizar un trabajo conjunto que concluya en estrategias que conlleven a la promoción del ejercicio ciudadano para colocar en la mesa pública la discusión de la integración de saberes en la atención del parto y la defensa de los humanos de la mujer y los derechos

sexuales y reproductivos en pro de un parto respetado y humanizado.

9.2. Validez científica

Esta investigación cuenta con toda una metodología científica que garantiza su validez; una rigurosa revisión de literatura, planteamiento de la problemática, justificación de la investigación, preguntas, objetivos y metodología. En cuanto a las competencias de la investigadora principal, me encuentro en formación con la asesoría de una magister en salud colectiva y doctorado en filosofía de la Universidad de Antioquia, con experiencia investigativa. Se adjunta el aval del asesor para la entrega de este trabajo (anexo 6).

9.3. Selección equitativa de participantes

Para la selección de los sujetos participantes de la investigación, fueron seleccionadas agrupaciones, personas o instituciones que están encaminadas a fomentar formas alternativas de atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá, Antioquia y en algunos municipios cercanos. Los criterios de inclusión se describen en la metodología.

9.4. Proporción favorable de riesgo-beneficio

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 se considera que es una investigación de riesgo mínimo ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación sin realizar intervenciones o modificaciones intencionadas en las iniciativas identificadas, objetivos o acciones que realizan los individuos y agrupaciones que participen en el estudio, se consideraron la revisión de estrategias organizativas, entrevistas y observaciones con la cautela de no tratar aspectos sensitivos en las dinámicas de estas iniciativas.

Si bien se tiene la cautela de no tratar aspectos sensitivos, por tratarse de entrevistas a seres humanos, cabía la posibilidad de que aflorasen emociones o sentimientos provocando incomodidad o sensibilidad a la hora de contestar en la entrevista; como primera medida se debía detener la entrevista, y realizar un intervención facilitando la escucha y atención de las necesidades inmediatas de la persona; de considerarse pertinente, se procedía a consultar con el participante cuál era su red de atención en salud para solicitar cita o atención psicológica y fuese el caso y decisión del participante se debería suspender su participación en la investigación. Cabe anotar que no se presentó esta situación con ningún participante, pero este plan de intervención fue expuesto a cada uno de ellos durante la explicación del consentimiento informado.

Como beneficio para los participantes, esta investigación aporta conocimiento que servirá de insumo para fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, proporcionando recomendaciones que sirvan para mejorar las prácticas de estas iniciativas y aporten a la discusión de políticas públicas en torno al asunto.

En cuanto al impacto ambiental, esta investigación no se considera riesgosa ya que no se trabajará con sustancias radioactivas ni que generen desechos.

9.5. Evaluación independiente

Esta investigación es avalada por la asesora Doris Ospina Muñoz, MG. Salud Colectiva, (anexo 6). Fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, quien realizó las respectivas recomendaciones para su realización.

En cuanto a las fuentes de financiamiento, es una investigación financiada en su totalidad por la investigadora principal. No hubo lugar a compensación a los participantes en esta investigación ya que es de riesgo mínimo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente; cualquier afección a la sensibilidad tenía un plan para ser atendida. No hubo incentivos económicos para los

participantes solo en algunos casos se distribuyó refrigerios en la entrevista.

9.6. Consentimiento informado

Documento (anexo 4).

9.6. Respeto por los sujetos inscritos:

En esta investigación se guardaron los principios de participación libre, gratuita y sin coacción. También el de libre retiro sin sanción y participación consciente bajo la comprensión y firma del consentimiento informado. Igualmente, se realizó devolución de los resultados a los participantes de tal forma que pudieran expresar su acuerdo o desacuerdo con la interpretación de los datos. Esta devolución fue realizada en el marco de la presentación de Rita Aparicio directora de la escuela Doula Caribe internacional, quien se encontraba en la ciudad realizando sensibilización sobre parto humanizado en una de las instituciones de salud; este evento atrajo a varios de los participantes de este estudio y a otras personas interesadas en el tema; luego de su presentación realicé devolución de resultados a cuatro de los participantes de esta investigación pero allí también se encontraban diez personas más pertenecientes a las iniciativas, que si bien no participaron de la investigación, se sintieron identificadas con los resultados; sumado a esto nos acompañó también Rita Aparicio, experta en parto humanizado y desde su experiencia como partera profesional y sensibilización a nivel Latinoamericano en humanización del parto me realizó sus aportes. A los otros seis participantes que no asistieron a la devolución de resultados, se les envió el trabajo escrito a sus correos electrónicos, por medio de los cuales devolvieron sus observaciones y aportes.

9.7.1. Confidencialidad

Este aspecto quedó plasmado en el consentimiento informado. Además de ello, se protegieron

los datos recolectados codificando los nombres, por ello se usan seudónimos en el registro y presentación de los datos y se mantendrá bajo custodia de la investigadora principal, máximo por tres años, los datos en formato electrónico en un archivo digital, tanto en una computadora como en un dispositivo externo USB. También se archivará, bajo llave, el material elaborado de forma manual (fichas, memos, diarios de campo, registros de observación) durante el análisis.

Pasado el tiempo de custodia se desechará la información cuidando las reservas de confidencialidad. La información recolectada tuvo como único fin el desarrollo de la presente investigación y no podrá ser usada para otros fines.

9.7.2. Libertad y No coerción

Como quedó plasmado en el consentimiento informado, la participación era voluntaria y de libre retiro en caso de que el participante así lo decidiera en cualquier momento de la investigación.

9.7.3. Devolución y reciprocidad

La información recolectada y analizada fue socializada con los participantes durante un encuentro institucional público sobre parto humanizado al que fueron invitados especialmente. Al finalizar el encuentro se presentó a los participantes los resultados de la investigación y se discutió sobre los asuntos, que, a su juicio, resultaron más sensibles, a saber: la recepción institucional y política de las iniciativas y la articulación con el movimiento feminista y de mujeres a nivel local. En general la interpretación de los resultados fue acogida por los participantes y celebraron la visibilización de su trabajo a través de la investigación. Los resultados también fueron enviados vía correo electrónico a los participantes de los que se recibió su realimentación.

9.7.4. Justicia y equidad

Se les garantiza a los participantes la confidencialidad de la información como fue descrito en el ítem 1, además se les retribuye a las agrupaciones con el conocimiento producido, lo cual les servirá de insumo en el desarrollo de sus iniciativas para fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos.

9.7.5. Autonomía

Las personas que aceptaron participar en el estudio, se les explicó y leyeron el consentimiento informado, resolviendo dudas al respecto (anexo 4). Una vez, las personas aceptaron y firmaron se realizó la recolección de los datos. No se trabajó con personas incapaces de dar su consentimiento. Al finalizar el estudio se programó la socialización de los resultados con los participantes para la validación de la información. Luego de ello, se presentaron los resultados a la comunidad académica para su posterior publicación.

9.8. Asociación colaborativa

La investigación se realizó bajo tutoría y los aportes de los participantes fueron vitales para la construcción del conocimiento al respecto del tema de estudio, pero los derechos de autor son exclusivos del investigador principal y protegidos por el Estatuto de propiedad intelectual de la Universidad de Antioquia, en el que se reconoce al estudiante como agente de producción intelectual (Resolución Rectoral 21231, 5 de agosto de 2005, art. 28).

9.9. Conflicto de intereses

No se presentan conflictos de interés.

9.10. Autorizaciones institucionales

En cuanto a este punto se tiene en cuenta que las iniciativas para fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos en su mayoría son llevadas a cabo por agrupaciones a las cuales se les pidió autorización para las observaciones y entrevistas de sus miembros, para ello se creó un formato de autorización que fue firmado por el representante legal o similar de dichas agrupaciones (anexo 5).

10. RESULTADOS

El objetivo general de esta investigación fue Caracterizar las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, en el año 2017, a la luz de sus trayectorias, repertorios de acción y aproximación al parto y el nacimiento. Con el propósito de avanzar en la identificación y análisis de las acciones colectivas en favor de la salud materna en nuestro contexto.

La salud materna es desde hace mucho tiempo una preocupación de los organismos rectores en salud y se ha convertido en un objetivo prioritario dentro de los planes y programas de gestión del desarrollo, en los que se destaca el compromiso con la reducción de indicadores relacionados con la mortalidad materna, vista ésta como un problema exclusivo de las mujeres, asociado a múltiples factores socioculturales que afectan su salud y cuyo abordaje implica la incorporación

de la perspectiva de derechos y de género⁹.

El estudio se realizó con enfoque etnográfico, buscando describir en profundidad el contexto de surgimiento de dichas iniciativas, los discursos en que se sustentan, los repertorios de acción que implementan para alcanzar sus objetivos, y los significados que le otorgan los actores. Se espera que estos resultados contribuyan a la reflexión, desde la salud colectiva, sobre la necesaria articulación entre acciones sociales y transformación de los servicios de salud para las mujeres donde la integración de saberes y la participación y protagonismo de las mujeres en el proceso de atención del parto sean los pilares fundamentales.

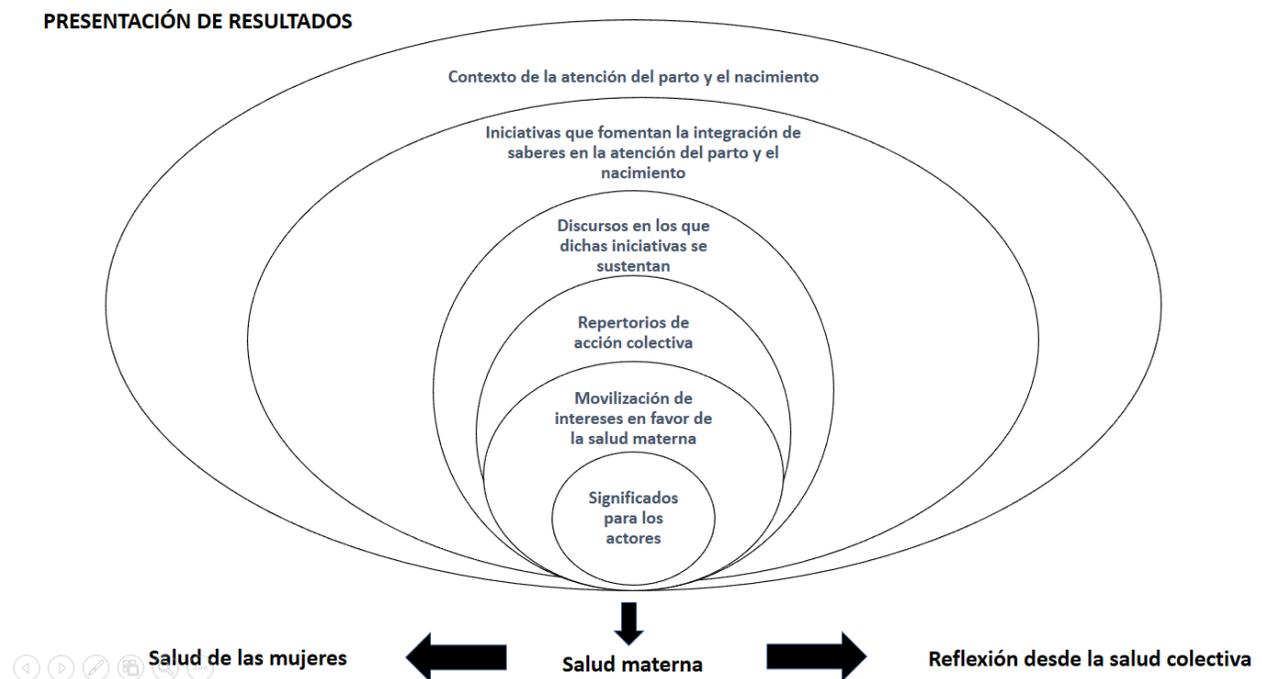
Se entrevistaron diez personas que oscilaban entre 32 y 58 años de edad. Ocho mujeres y dos hombres. La mayoría estaban casados y con hijos. Contribuyentes al sistema de salud. Residentes en el Valle de Aburrá y municipios cercanos. Dos tenían formación a nivel técnico (enfermería y tecnología industrial) y ocho a nivel profesional (nutrición, zootecnia, medicina, comunicación social, derecho y ginecobstetricia (Ver tabla 4). Llevaban entre uno y cuatro años de participar en alguna de las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento. Sin embargo, durante las entrevistas se identificó que varios de ellos llevaban mucho más tiempo comprometidos con la transformación del proceso de atención del parto, gestionando acciones a nivel grupal o individual en los ámbitos académico y/o institucional.

A continuación, se describen los resultados de esta investigación organizados en seis partes: 1)

⁹ En este estudio se entiende la salud como una articulación compleja, de dimensiones objetivas y subjetivas, necesaria para garantizar la dignidad, la integridad y la vida (ver Sentencia de la Corte Constitucional T760/2008). Dentro de las dimensiones objetivas se encuentran el derecho a la salud y sus garantías, y dentro de la dimensión subjetiva se tiene en cuenta la valoración de las creencias culturales respecto a la salud. La Organización Mundial de la Salud refiere su preocupación por la salud de las mujeres porque reconoce que ellas se encuentran en relaciones de poder desiguales y afectadas por normas sociales que le impiden el acceso a la educación, al empleo y a los sistemas de salud, en el que con frecuencia solo son consideradas en tanto sus funciones reproductivas. (Ver: Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Online. [Acceso, 5 de mayo de 2017] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1)

el contexto de atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos; 2) las iniciativas identificadas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento, haciendo énfasis en su historia y objetivos. 3) los discursos en los que dichas iniciativas se sustentan; 4) los repertorios de acción social o colectiva; 5) basada en los datos, se intenta responder a la pregunta sobre cómo las acciones sociales realizadas por dichas iniciativas movilizan intereses en favor de la salud materna, sus implicaciones para la salud de las mujeres y la reflexión en salud colectiva. 6) finalmente, los significados que, para los actores, tiene la participación en dichas iniciativas.

Mapa 1. Resultados



10.1. El contexto de atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos

En el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos las formas más conocidas de atención del parto son, siguiendo a Laza Vásquez, la formal y la tradicional. La primera se refiere a la atención del parto en una institución de salud y la segunda a las diferentes formas de atención del parto en casa, generalmente a manos de parteras tradicionales (Laza, 2012).

En Colombia, la mayoría de los partos se atienden a nivel institucional (DANE, 2016), bajo el marco de protocolos reglamentados por el Ministerio de Salud y la Protección Social. Dichos protocolos indican la participación de diferentes profesionales de la salud en la atención del parto, el uso de tecnología y aplicación de conocimientos científicos-técnicos.

Algunas de las instituciones que atienden partos en el país se encuentran en proceso de certificación como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral. Esto es, la implementación institucional de la estrategia IAMII que incluye el diseño y ejecución de una política interna para desarrollar “diez pasos” para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de la salud materna. El paso cuatro, se refiere a garantizar mejores condiciones para el nacimiento y la atención del trabajo de parto, parto y postparto; imprimiendo calidad y calidez en la atención y permitiendo el acompañamiento de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente digno y de respeto (Minsalud, 2014).

En el marco del Valle de Aburrá se identificaron 25 instituciones que cuentan con servicios de maternidad (13 públicas y 12 privadas), (Minsalud, 2014); siete de ellas fomentan la atención integral del parto y el nacimiento basados en la estrategia IAMII, cuatro son públicas y tres privadas¹⁰ (Ver tabla 1). En cuanto a los municipios cercanos al Valle de Aburrá, como La Ceja, el Carmen de Viboral y Rionegro se cuentan con seis instituciones prestadoras de salud con servicio de maternidad (cuatro públicas y dos privadas), (Minsalud, 2014); tres de ellas fomentan la atención integral del parto y el nacimiento basados en la estrategia IAMII, dos son públicas y una privada¹¹(ver tabla 2).

¹⁰ Datos recopilados de las páginas web de cada institución.

¹¹ Datos recopilados de las páginas web de cada institución.

Según el registro de nacimientos, del Departamento Nacional de Estadísticas DANE, en el 2016 se atendieron 479.141 partos en Colombia, de los cuales, 475.107 fueron atendidos institucionalmente, 3.377 en el domicilio, 637 en otro sitio y sin información de unos 20 partos (DANE, 2016). Con lo anterior, podríamos afirmar que la mayoría de los partos son atendidos a nivel institucional, sin embargo, existe también un sub-registro de los partos extra-institucionales, lo que dificulta hacer afirmaciones (Laza Vásquez, 2012). Es de anotar que, aunque no se tengan cifras exactas de los partos atendidos por parteras, si se cuenta con varios estudios que confirman su práctica en el contexto colombiano, donde la partería es vista como una alternativa al sistema de atención del parto formal, dada su incompleta cobertura y demanda insatisfecha para la atención de la mujer gestante; además, por las barreras culturales existentes entre el personal de salud y la población (Laza Vásquez, 2012).

En el 2016, los saberes asociados a la partería afro del pacífico fueron declarados Patrimonio Cultural Inmaterial del Ámbito Nacional. Se consideró que estos saberes representan un conocimiento ancestral que se mantiene activo y vigente a través del oficio de la partería (OPS, 2016) (Mincultura, 2016) (Pacheco, 2016) (El País, 2016) (El Tiempo, 2016) (El espectador, 2016). Esto refleja que las parteras juegan un papel importante en la salud materna y gozan de aceptación en las comunidades (Alarcón, Sepulveda, & Alarcón, 2011).

Sumado a las clínicas y hospitales, este estudio halló cinco iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, algunas individuales otras a nivel colectivo, ya sea en corporaciones, independientes o grupos académicos (Ver tabla 3). Son iniciativas que se dirigen hacia objetivos similares al de las IPS en proceso de certificación IAMII¹², pero que se salen del margen de la institucionalidad con propuestas fuera del paradigma biomédico que allí se maneja. Podemos encontrar formas de atención del parto fuera de la institución con el acompañamiento de partera, doula, médico general o especialista; como también, propuestas de acompañamiento en el

¹² Datos recopilados de las páginas web de cada institución.

proceso del parto dentro de la misma incorporando prácticas de otros saberes médicos tales como la medicina basada en productos naturales, la medicina de la mente y el cuerpo, dentro de las que sobresale la meditación, el yoga y las técnicas de respiración aplicada a la preparación para el trabajo de parto y el parto, ensoñación dirigida, relajación progresiva; y prácticas de manipulación basadas en el cuerpo tales como diferentes tipos de masajes y posiciones corporales para el alivio del dolor (National Institute of Health. US., 2011).

Estas iniciativas resaltan la necesidad de una visión holística e integradora con enfoque humanista, espiritual y centrado en el respeto y la defensa de los derechos humanos de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos. Ellas son:

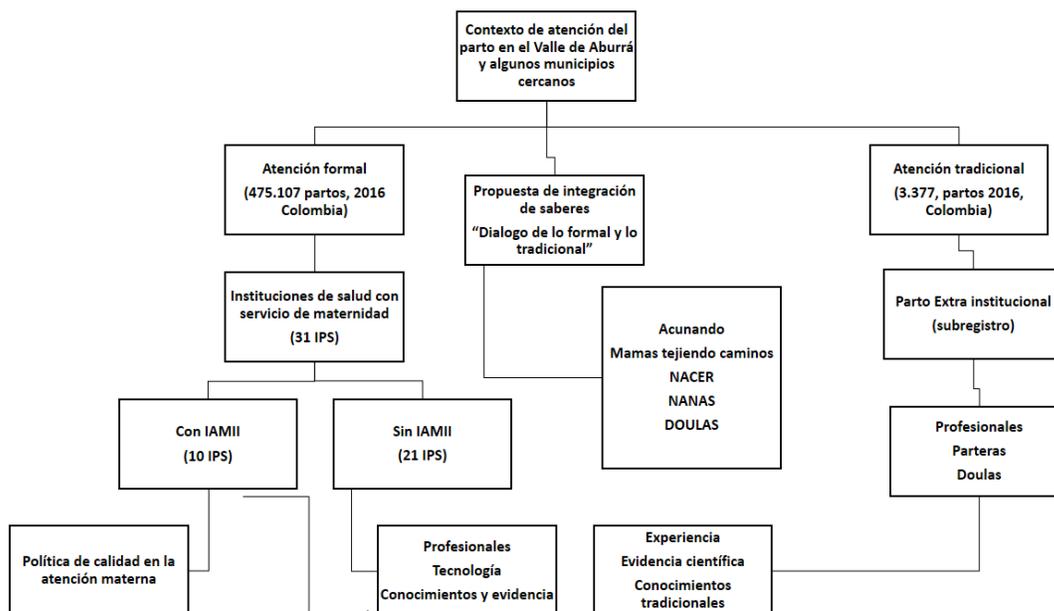
1. Acunando: Corporación sin ánimo de lucro.
2. Mamás tejiendo caminos: grupo de trabajo independiente.
3. NACER: grupo de investigación de la Universidad de Antioquia.
4. NANAS: Fundación de voluntariado con sede en una IPS pública.
5. Doulas: mujeres certificadas como doulas que trabajan de forma independiente.

Cada una de estas iniciativas enfrentan dificultades para ser aceptadas en un contexto donde la medicina y la visión biomédica de la atención del parto y el nacimiento son el paradigma dominante. Sin embargo, siguen siendo impulsadas, de manera individual o colectiva, desde diferentes formas de organización.

Los datos arrojaron información de otra iniciativa representada en una fundación llamada “tras sus risas”, con la cual no fue posible concertar la entrevista. Se aclara que cabe la posibilidad de que existan más iniciativas en el contexto, no identificadas, pero en la saturación de los datos no se arrojaron más resultados.

Mapa 2. Contexto de la atención del parto en el valle de Aburrá y algunos municipios

cercanos, 2017.



10.2. El origen de las iniciativas: La sincronización de los hechos y las ideas.

A continuación, se presenta la historia de las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, identificadas en este estudio. La historia se va hilando a través de los testimonios ofrecidos por quienes participaron en este estudio. Y permite construir una línea del tiempo en la que podemos establecer relaciones entre ellas y también una prospectiva de su desarrollo.

10.2.1. “Lo viví en carne propia”: La motivación de Lucy:

Lucy es colombiana de nacimiento. Su deseo de acompañar a otras mujeres durante el parto

se gesta en el haber tenido su primer parto por cesárea. Esa experiencia la determinó a hacer algo por las mujeres: *“para sanar ese dolor... una de las banderas de mi lucha personal fue que las mujeres precesareadas puedan parir vaginalmente (Lucy)*. Estuvo varios años fuera del país y en el 2002 realizó, durante un año, práctica como partera aprendiz en Alemania.

A su regreso al país, su objetivo, según dice, fue simple, ya está escrito y determinado por La Organización Mundial De La Salud—OMS—: *“que se sigan los 16 o 18 protocolos para la atención en el parto en cada institución de Colombia”*. Sin embargo, se encontró con dos asuntos que obstaculizaron su deseo de acompañar a otras mujeres. Primero, la forma como en el sistema de salud colombiano se atiende el parto. Y segundo, la tendencia de algunas mujeres a solicitar parto por cesárea. Al respecto Lucy comenta:

“Cuando regresé a Colombia y fui a acompañar mi primer parto empecé a darme cuenta de cómo es la atención del parto en Colombia y me empecé a cuestionar un montón. Claro, como yo ya llevaba una cantidad de estudio, pero no en mi país, yo no entendía por qué aquí rotaban un bebé cuando sacaba la cabecita, para que aplicaban tanta medicación, por qué una mujer no se podía parar durante el trabajo de parto. Yo decía: ¿Qué les pasa?, ¿por qué a todas les hacen la episiotomía? [Eso fue] muy fuerte para mí. Me di cuenta que había violencia en el nacimiento, no sólo para la madre, sino también para el bebé recién nacido: no le respetan su cordón, no va directamente al pecho de la madre, no hay alojamiento conjunto. Bueno, quedé muy sorprendida y ahí dije: ¡tengo que empezar a trabajar por Colombia! [...] Me di cuenta que también las mujeres querían cesárea, también fue súper frustrante, me cuestionaba mucho el porqué, ¿por qué todas querían tener una cirugía mayor? que te incapacita, que es dolorosa, que no tenía los beneficios para mamá y bebé, y bueno, empecé a investigar un poquito y me di cuenta que es por falta de conocimiento de la mujer y, a esta falta de conocimiento, se le suma que el médico, cuando tienes una

medicina particular o prepagada y un nivel socioeconómico alto, te apoya para esto, nunca te da las explicaciones necesarias de por qué no hacerlas” (Lucy).

Estas dificultades las vivió en *carne propia* cuando, a raíz de su segundo embarazo, intenta tener un parto acompañado, respetado y por vía vaginal. Pero se encontró con que, en el sistema de salud, no le permitían elegir el tipo de parto que quería, viéndose sometida al protocolo que estandariza la atención del parto para mujeres con cesárea previa: *“luchar con el sistema es duro, uno se vence y así mismo me pasó, me vencí, me entregué [nuevamente] a una cesárea, súper dolorosa emocionalmente; físicamente es el mismo dolor, pero no es solo la cicatriz que te queda en tu vientre si no en el alma” (Lucy).*

Identificadas estas dificultades, Lucy decide trabajar con su núcleo más cercano y con personas que, según ella, realmente tuviesen la voluntad de hacerlo. Inicia como voluntaria en una fundación en Manizales que alberga niñas en situación de abandono. Allí, Lucy realiza un trabajo de acompañamiento con perspectiva de derechos a un grupo de adolescentes lactantes y gestantes que habían vivido varias formas de violencia, no solo en el parto y en el nacimiento de sus hijos e hijas, sino también en otros ámbitos de su vida.

Dedicada a la crianza de sus hijos, Lucy deja en pausa sus objetivos por unos años. En el 2011, se certificó como doula en la Escuela Doula Caribe Internacional, en Puerto Rico y retomó su trabajo en la ciudad de Medellín donde se radicó gracias al traslado laboral de su compañero sentimental. Estando allí, Lucy recibió la llamada de una persona de la Escuela Doula Caribe Internacional, que conocía su trabajo, y le propuso realizar la primera formación de Doulas en Colombia. Como aún no conocía mucha gente en Medellín, se desplaza para su tierra natal: Manizales, desde donde convoca, voz a voz, a mujeres de Pereira, Armenia y Cali. Logró reunir y certificar 10 mujeres, entre ellas, dos de la ciudad de Medellín.

10.2.2. *“Que tengamos un referente de amor”*: La búsqueda de Fanny en los municipios cercanos

La formación inicial de Fanny fue empírica, su abuela y su tía fueron parteras y de ellas aprendió mucho de su oficio, además ha sido autodidacta. Interesada por el tema se dedicó a la búsqueda de bibliografía y de información sobre la preparación física y mental para el parto. En sus búsquedas de información se encontró con Lucy y la Escuela Doula Caribe Internacional, donde se certifica en el año 2014.

El ámbito donde Fanny desarrolla su trabajo como partera y doula es el oriente cercano Antioqueño. Durante su trabajo independiente como Doula, el esposo de una de las mujeres a quien acompaña muestra interés por su trabajo y la pone en contacto con el Instituto Municipal de educación física, deporte y recreación de Rionegro -IMER-, donde desde el año 2012, había surgido la iniciativa de incluir clases de Yoga prenatal en el programa que ofrecía a las madres gestantes.

“El objetivo es brindarle a la mamá un espacio con calidad y con calidez donde se fortalezca ese vínculo familiar para tener una gestación, un nacimiento y crianza tranquilos y amorosos, que tengamos un referente de amor, que los niños tengan un referente de amor para construir una sociedad basada en eso, en el amor”. (Fanny)

Posteriormente, la alcaldía del municipio de Rionegro, la contrató también para el programa interdisciplinario llamado “5 pasitos creciendo contigo”. En este programa Fanny se une con psicólogo, nutricionista, médico y enfermera para trabajar juntos en la preparación para el parto y la crianza; articulándose con otros entes municipales, tales como: la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación y Secretaría de Familia para ampliarlo y garantizar el acceso a un mayor número de mujeres gestantes y sin costo alguno.

Durante la ejecución del programa “5 pasitos, creciendo contigo”, Fanny hizo contactos con algunas IPS del municipio para que le permitieran hacer el acompañamiento de doula. A pesar de la receptividad de algunas instituciones, es mucho el trabajo pendiente para alcanzar su objetivo. Ella dice que:

“[...] para que la institución acoja a la Doula y además de eso se respeten todos los derechos que están exigiendo las mujeres en la atención de su parto, es una carrera maratónica, desgastante y a veces que ni se logra, porque a nosotros siempre nos ven mal, nos toca a veces tragarnos lo que sabemos, y quedarnos calladitas, volvernos invisibles en las clínicas, no decir nada, es un trabajo desgastante la verdad y de verdad es que a veces ni nos reconocen.” (Fanny)

10.2.3. El encuentro con el Dr. Bernardo Agudelo Jaramillo¹³

En el año 2012, casualmente, Lucy, observando el canal de televisión local, vio la entrevista a un médico del grupo de investigación NACER, el Dr. Bernardo Agudelo Jaramillo, quien, al parecer por la entrevista, compartía la visión de las doulas sobre los beneficios del parto acompañado. Lucy se propuso contactar con él, para abrir sus posibilidades como doula en la ciudad.

El Dr. Bernardo, se ha desempeñado a nivel académico desde el 2003 en el grupo de investigación de la Universidad de Antioquia NACER, el cual tiene como objetivos:

¹³ Ginecobstetra, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Director del grupo de investigación Nacer de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

- Adoptar los aportes científicos, metodológicos y operacionales en temas relacionados con salud sexual y reproductiva del CLAP/SMR ¹⁴– OPS/OMS, adaptándolos a las características y necesidades del sistema general de seguridad social en salud -SGSSS- en Colombia y transmitirlos a todos sus actores.
- Investigar sobre temas relacionados con salud sexual y reproductiva y analizar información científica, de utilidad para la toma de decisiones por parte de las autoridades e instituciones de salud del país.
- Formar al recurso humano del sector salud en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva bajo una visión integral que redunde en el bienestar de la población.
- Asesorar y acompañar a los entes gubernamentales en la definición, implementación y seguimiento de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

El grupo NACER, realizó un estudio sobre Mortalidad Materna para la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, cuyos resultados mostraron falencias en el proceso de atención del trabajo de parto que pasaban desapercibidas, todo ello por la tendencia a realizar procedimientos y tener comportamientos rutinarios durante la atención hospitalaria.

El Dr. Bernardo Agudelo nos contó:

“Empezamos en el 2003 [un estudio] para la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y empezamos a darnos cuenta de lo que era el abandono,

¹⁴ El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), fue creado por un grupo de profesionales comprometidos con la salud de las madres y sus recién nacidos liderados por el Prof. Dr. Roberto Caldeyro Barcia, en el año 1970, mediante un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, la Universidad de la República y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en:

http://www.paho.org/Clap/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-del-clap-smr&Itemid=122&lang=es

prácticamente, del trabajo de parto y del parto, abandono no voluntario, pero es como una rutina que se va quedando en la institucionalidad, en las empresas de salud”. (Dr. Bernardo Agudelo Jaramillo)

Estos resultados generaron nuevos interrogantes al grupo de investigación y los llevó a contemplar dos cosas: la posibilidad de apoyar la partería como estrategia para disminuir la mortalidad materna y mejorar la atención del parto, e incluir, en la educación de los estudiantes de medicina, el enfoque de atención de un parto humanizado. Pero los cuestionamientos del grupo de investigación NACER generaron reacciones negativas en el gremio médico, así lo afirma uno de los participantes de esta investigación:

“Llegaban hasta a decir que NACER era la santa inquisición, porque simplemente se atrevía y tenía, pues, con la altura académica, un encuentro para analizar e identificar las causas de muerte o de morbilidad extrema. Entonces el término humanizado es golpeador, muchas personas se me acercaban y me decían, “¿pero de qué están hablando? Eso es una grosería, es que nos están tratando como si nosotros fuéramos deshumanizados”. Hubo mucha reacción, a uno le cuentan, que la gente no lo quiere ver a uno y que dice que uno está acabando con la obstetricia, que está volviendo la obstetricia de brujos y de hippie y bueno, todo peyorativo, para obviamente, como dice Martha Nussbaum: cuando tú quieres bloquear algo y negar algo simplemente lo ridiculizas, y si lo ridiculizas ya lo sometes” (Rafael).

Sin embargo, a pesar de la evidencia sobre la falta de atención al trabajo de parto y postparto en la rutina institucional y, a pesar de las reflexiones del grupo NACER en cuanto a darle a la

partería apoyo e importancia, sus propuestas y trabajo van a paso lento y con poco eco en el contexto.

A raíz de las reacciones del gremio médico hacia el concepto de *parto humanizado* se realiza un giro en el discurso y comienza a hablarse de *parto respetado*, buscando mayor oportunidad para sensibilizar a la comunidad académica.

Entre los años 2011 y 2012 se inició con los estudiantes de pregrado de medicina del décimo semestre de la universidad de Antioquia la reflexión sobre la atención integral del parto y el nacimiento, incentivando una reflexión crítica sobre la atención biomédica. Por el mismo tiempo, en conjunto con la Secretaría de Salud de Medellín, el grupo NACER, realizó un convenio interadministrativo que incluía la realización de talleres y sensibilización del personal de salud de los servicios de maternidad de la ciudad que estuvieran en proceso de acreditación como IAMII. Como consecuencia de esto se potenció la estrategia IAMII, especialmente en los temas de parto respetado, lactancia materna y crianza de los niños.

En el tema de lactancia materna se venía trabajando desde mucho tiempo atrás, mediante el programa de Bienestar Familiar, denominado Madres FAMI: mujeres de la comunidad capacitadas para apoyar a las mujeres gestantes y lactantes. Más cercano en el tiempo, 2009, la Liga de la Leche inicia sus actividades en la ciudad: de manera voluntaria un grupo de personas apoyaban a las mujeres en la etapa de lactancia, por medio de talleres y asesorías. Desde ahí, surgió la idea de varios profesionales de unirse para dar asesoría a parejas en lactancia materna y asesoría para la maternidad y la paternidad iniciando una empresa llamada *Crianza Afectiva*, esta empresa inicia con siete socios, pero por diversas dificultades se fueron retirando de dicha sociedad quedando solo Rosario, con una nutricionista y el compañero sentimental de ésta, quienes decidieron continuar con la empresa.

Estos tres socios, tocando puertas y escribiendo proyectos, consiguen un contrato con el municipio de Envigado. En este marco, desarrollan la primera investigación en lactancia materna, que consistió en un monitoreo de cómo estaba el municipio en el tema de lactancia. Como consecuencia de esta investigación, surgió la idea de formar la red de apoyo en lactancia

materna, capacitando a mujeres de la comunidad para que se apoyaran mutuamente. Este proyecto tuvo una duración de tres años.

En aras de hacer crecer la empresa, Rosario y su socia nutricionista, buscaron contacto con otros profesionales expertos en los temas que querían trabajar, entre ellos, atención del parto para mejorar la asesoría que daban a las parejas, y en el 2012 se encuentran con el Dr. Bernardo Agudelo y, en consecuencia de sus conversaciones y compartir experiencias, junto con la doula Lucy, deciden unirse y conformar *Acunando*, una corporación sin ánimo de lucro que tendría como objetivos la protección y divulgación de los derechos de la mujer y la familia gestante, acompañándolos en la gestación, parto y crianza y fomentando el derecho a tener un proceso de gestación con la adecuada información para tener unos nacimientos y unos partos acompañados, respetados, consentidos y libres.

En enero del 2014, Rosario se retira de la empresa *Crianza Afectiva* para dedicarse por completo a la corporación *Acunando*. Para el 2016 aún continúa la empresa, dirigida por la nutricionista antigua socia de Rosario.

A estas alturas del tiempo, ya estaba en marcha en Medellín, con mayor acogida que la anterior, la segunda certificación por parte de la Escuela Doula Caribe Internacional.

Es de anotar que la corporación *Acunando*, poco a poco se ha dado a conocer en el contexto, tanto institucional (IPS) como académico (universidades). A ella se han unido otros profesionales del área de la salud para fortalecerla desde sus conocimientos y contactos en el medio. Eso le ha permitido tanto a *Nacer* como a *Acunando* estar al tanto de coyunturas políticas y momentos favorables para avanzar en sus propósitos. Por ejemplo, en el año 2012, hubo cierta voluntad política en el sector salud y algunas IPS decidieron impulsar con fuerza la estrategia IAMII en aras de obtener la certificación. Una de ellas, de carácter público, que llamaremos la “IPS central”, decide hacer un trabajo similar al de las doulas e integra mujeres acompañantes en el proceso de trabajo de parto, parto y postparto.

Esta institución había sido una de las visitadas por el grupo *NACER* cuando se realizaron

talleres y sensibilización del personal de salud de los servicios de maternidad de la ciudad en convenio con la Secretaría de Salud. Además, el Dr. Bernardo Agudelo, en su rol docente, asistía a la institución para la realización de las prácticas académicas con estudiantes de medicina. Esta presencia de la academia en la institución se convierte en un punto a favor para la implementación de la IAMII, en especial del “paso 4” referido al parto respetado.

En la implementación institucional de la IAMII en la “IPS central” participan varios profesionales, entre ellos, psicólogos, médicos, trabajadora social, personal de enfermería y nutricionistas. Además, participa un grupo de mujeres voluntarias que ya contaba con reconocimiento de la comunidad, pues llevaban algunos años acompañando el parto, apoyando la lactancia y aportando al festejo de la navidad en la institución, especialmente para recién nacidos y sus madres. En el marco del fortalecimiento de la IAMII en el “IPS central” dichas voluntarias fueron capacitadas, con una intensidad de 80 horas, por el grupo NACER y la corporación Acunando sobre cómo realizar el acompañamiento durante el parto. Ya capacitadas recibieron el nombre de NANAS, que significa: Nacimiento Acompañado Nacimiento Afectivo y Seguro y tendría por objetivo: *“prestar un servicio de manera voluntaria, acompañando a las mujeres en el proceso del parto y el postparto para contribuir a un bienestar, no solo de una persona sino de una familia, o de la ciudad entera”* (Estela).

La idea inicial con las NANAS era formarlas como Doulas, pero dado que la IPS no podía certificarlas como tal, se decidió hacer un cambio de perfil y brindar capacitaciones más sencillas, que no requieran una certificación oficial. Cuentan para el 2017 con 46 NANAS que realizan la labor de acompañamiento en el trabajo de parto, postparto y lactancia materna.

El 2012 se convirtió en un año clave en cuanto a la discusión sobre la necesidad de evaluar el modelo de atención del parto en la ciudad e implementar propuestas nuevas que integrará a dicha atención la defensa de los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. En este año coincidieron la creación de la corporación Acunando y su encuentro con la doula Lucy, el trabajo de la doula Fanny en el programa de la Alcaldía de Rionegro, las acciones educativas del grupo NACER a estudiantes de medicina sobre la implementación de la IAMII y

el fomento de una visión diferente de la atención del parto en nuestro contexto.

10.2.4. El surgimiento de Mamás Tejiendo Caminos

A comienzos del 2014, en Medellín existía un centro de meditación y relajación donde practicaban Taichí, Yoga y Reiki, llamado *Tejiendo Caminos*, una de sus fundadoras decidió tener una línea específica de apoyo en la gestación y posparto nombrándola *Mamás Tejiendo Caminos*. Iniciaron reuniones con mujeres interesadas en el tema de la gestación, parto y crianza de sus hijos. Entre ellas se contaban experiencias de la gestación, el parto y la crianza que les servían de aprendizaje a todas, era un grupo muy pequeño convocado voz a voz. A finales del 2014, el trabajo del centro de meditación se disolvió quedando solo el grupo *Mamás Tejiendo Caminos*.

En enero de 2015 se reunió un grupo de 10 mujeres, algunas Doulas, otras asesoras en lactancia materna que asistían o conocían el trabajo de *Mamás Tejiendo Caminos* y viéndolo como una necesidad del contexto decidieron fortalecer la agrupación sin que ello implicase una formalización o legalización del grupo. “*Todas llegan a mamás tejiendo caminos porque tienen una búsqueda concreta en toda esta construcción de un nuevo paradigma en el parto*”. (Carmen).

Algunas de las integrantes de *Mamás Tejiendo Caminos* son doulas certificadas por Happy Yoga o por La Escuela Doula Caribe Internacional. Las demás aportan desde sus saberes específicos a la consolidación y objetivos del grupo. Por ejemplo: Lucero, una comunicadora que no se sentía capacitada para asesorar a las mujeres gestantes o en posparto, propone, desde su área de conocimiento, crear un Blog y una página en Facebook, con la cual la agrupación se ha dado a conocer. Por su parte, Carmen es doula y abogada, por ello realiza asesoría jurídica en cuanto a la exigencia de los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos. Por medio de derechos de petición y planes de parto presentados a las instituciones, ella intenta que el parto sea respetado y se permita a las mujeres tomar decisiones

libres y conscientes de cómo parir y tener la compañía de un ser querido durante el parto. Pero según Carmen, ha sido una lucha con muchas dificultades:

“El derecho de petición no está siendo efectivo, además, porque ahora tú dices parto humanizado, dices plan de parto en un derecho de petición, inmediatamente la institución asocia eso al concepto de violencia obstétrica, así no lo utilices en el documento, pero ya viene por sí solo. Es muy desgastante, para que siempre te digan no y para que siempre que llegan las mamás no encuentran una garantía real de lo que esa mamá desea para su parto” (Carmen).

Las frustraciones derivadas de esta línea de acción llevan a Carmen a centrarse en “*cosas más simples y más reales que a cosas tan grandes*”. Se dedica a ser Doula ofreciendo sus servicios como particular en municipios cercanos del Valle de Aburrá como lo son El Carmen de Viboral y La Ceja. Carmen tiene doble certificación como Doula, la primera la obtuvo en la Escuela Doula Caribe Internacional, la segunda en Happy Yoga. Ella sostiene que las dos certificaciones fueron complementarias. La primera le aportó en cuanto al conocimiento técnico y la segunda la “transporta” a esos conocimientos ancestrales, reconciliación con el alma y el cuerpo a través del yoga. Dice que su objetivo es

“preparar para el parto a través del yoga, el ritual, la danza, esas otras formas que hacen parte de lo sutil y de lo ancestral; recuperar esa memoria y ponerla sobre la mesa. En la medida que lo vamos recordando simplemente vamos tocando lo que hay que tocar, ¿sí? a la institución, la academia, lo social... brindar información... transformar un paradigma, abrirlo a que las mujeres simplemente podamos parir como queremos parir,

que todas queremos hacerlo de un modo distinto” (Carmen).

En general el objetivo de las doulas es proveer información sobre los temas de embarazo, maternidad, lactancia y crianza respetuosa, apoyando a las futuras madres y a las actuales para que confíen en sí mismas durante este proceso. Buscan expresar, acompañar, empoderar, sostener, alentar, aprender, explorar, encontrar, reencontrar, vislumbrar, soñar, siempre alrededor de ser mamás, parir, criar y vivir en un mundo más consciente y mejor.

En el 2015 se propicia un encuentro organizado por el grupo NACER y la corporación Acunando, apoyados por la Secretaría de Salud de Medellín y la Gobernación de Antioquia. Los asistentes a este evento fueron: representantes de tres IPS del Valle de Aburrá que cuentan con servicios de maternidad, personas que pertenecen a la Corporación Acunando, estudiantes del área de la salud de la universidad de Antioquia, integrantes de la agrupación Mamás Tejiendo Caminos, Doulas de Medellín y municipios cercanos y público en general interesado en el tema. Como invitado especial, se encontraba un representante de la clínica la primavera de Ecuador, un ejemplo de la atención del parto respetado que sueñan todos los convocados a este evento.

El encuentro fue titulado” *Encuentro de ciudad: Parto respetado protegido y con sentido Medellín y Antioquia asumen el reto, 2015*”. El objetivo principal del encuentro era que cada agrupación, IPS o personas que desarrollan el tema de manera individual, dieran a conocer su experiencia y el trabajo realizado, se hicieran contactos y se planteara un trabajo conjunto en pro de un parto respetado. Además de dar a conocer al resto de la ciudad y sus alrededores otras formas de atención del parto distinta a la convencional.

Como puede observarse, a partir de lo expuesto hasta ahora, es posible sostener que en la actualidad existe un movimiento social, sostenido en el tiempo, que tiene como objetivo fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, que encuentran en la estrategia IAMII y las posibilidades de certificación como Institución amiga de la mujer y la infancia, una oportunidad importante para sensibilizar a

las instituciones y al público en general sobre la necesidad de implementar otras formas de atención del parto que integre los saberes al respecto.

Según la literatura revisada, podemos sostener que este movimiento se encuentra en la etapa de visibilización de una problemática referente a la vulneración de derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos durante la atención del parto. El movimiento está conformado por diferentes iniciativas que realizan, para un público amplio, un conjunto considerable de estrategias para sensibilizar, educar, investigar y acompañar el proceso de atención del parto, el posparto y la lactancia, que llamaremos, acogiéndonos a la literatura, repertorios de acción social o colectiva.

Las acciones del movimiento por la integración de saberes en la atención del parto se ven apoyadas por la Secretaría de Salud de Antioquia, que en el 2016 realizó una capacitación para estudiantes del área de la salud, especialmente de medicina, nutrición y enfermería, dando a conocer la estrategia IAMII y motivando la formación académica para la implementación de la estrategia. Se busca con ello mejorar la calidad de la atención del parto, el acompañamiento a la mujer en su gestación y la lactancia materna. En este encuentro, el mensaje principal fue:

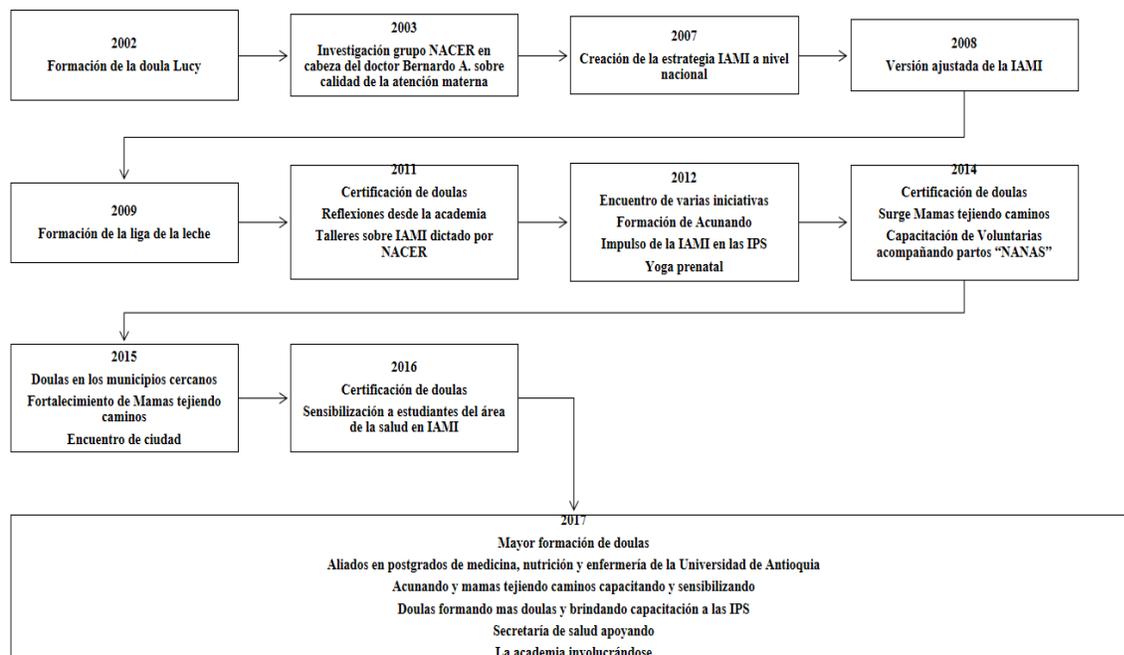
“cuando hablamos de estrategias IAMII, les estamos haciendo una invitación para hacer la diferencia, porque cuando uno se mete a estas profesiones de la salud, ¿uno qué quiere hacer? mejorar la calidad de vida de las personas, salvar vidas, claro, al usuario, pero ¿Cómo lo voy a hacer? no solo voy a hacer reanimaciones, la idea no es llegar a una reanimación, la idea es trabajar en prevención. Entonces la invitación es esa: prevenir, educar y acompañar” Paula Henao Mejía¹⁵

¹⁵ Pediatra y puericultora, consultora internacional en lactancia materna. Encuentro académico: estrategia IAMII, código de sucedáneos de la leche materna y lactancia: estudiantes área de la salud, 6 de julio de 2016, Parque de la Vida, Medellín, Colombia.

Para el año 2017 se aumentó la formación de Doulas. El grupo NACER, desde la academia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, sigue su trabajo y ha conseguido aliados de otros postgrados como Enfermería y Nutrición. Varias instituciones del contexto continúan el proceso de acreditación como IAMII. Acunando ofrece capacitación a las instituciones en búsqueda de sitios de práctica para la formación de nuevas Doulas y la Secretaría de Salud continúa el apoyo y capacitaciones a las IPS y a los estudiantes del área de la salud para la formación en la estrategia IAMII.

A continuación, se presenta la línea del tiempo en que fueron dándose a conocer las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento.

Mapa 3. Línea del tiempo Origen de las Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos.



11. DISCURSOS QUE AVALAN LAS INICIATIVAS Y SU RELACIÓN CON NUESTRO CONTEXTO CULTURAL.

Cada una de las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto está

fundamentada en uno o varios discursos que incluyen distintos saberes alrededor del tema del parto, su atención, las acciones a realizar durante este acontecimiento y cómo se deben comportar las personas involucradas. Se pueden identificar puntos en común entre dichos discursos; a continuación, se explicará en qué consiste cada uno de ellos.

11.1. Lineamientos internacionales, nacionales y departamentales Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y UNICEF

A nivel internacional, se cuenta con la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) fue lanzada por la UNICEF y la OMS entre 1991-1992, con varias revisiones y ajustes a la fecha. Fue elaborada como respuesta al llamado de acción para la protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna hecha en la Declaración de INOCENTI de 1990, donde se solicitaba a los países supervisar y regular los patrones de la atención infantil. Plantea en su contenido Diez pasos para la lactancia exitosa que toda institución con servicios de atención del parto y cuidados del recién nacido debe implementar (OMS, 2009).

Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) del Ministerio de Salud y la Protección Social (MPS).

En Colombia, El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) es establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social, se refiere al conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (Minsalud,2016).

En el marco del SOGCS, basándose en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, en un convenio entre la UNICEF y el Ministerio de la Protección Social (MPS) se plantea la estrategia de

desarrollo institucional de los servicios de atención materna e infantil con enfoque de derechos para acreditar a las instituciones como amigas de la mujer y la infancia (IAMI), ya mencionada en esta investigación (Minsalud,2011).

Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral (IAMII)

La IAMI es la estrategia de atención en salud utilizada como herramienta principal por las instituciones que ofrecen servicios de maternidad y quieren acreditarse en calidad en la atención materno-infantil, dicha estrategia plantea los pilares fundamentales la integralidad, calidad y continuidad de la atención. Para lo cual se debe dar cumplimiento a unos lineamientos específicos encaminados al cumplimiento de los objetivos. Dichos lineamientos, están planteados desde una perspectiva de género y de derecho para su implementación.

“Empezamos a coger todo eso que dice la Organización Mundial de la Salud, entonces cogimos los tratados internacionales de protección de derechos humanos, cogimos la Constitución Política, cogimos la estrategia IAMI, analizamos la norma del Ministerio de Protección Social, la Norma Técnica de la Atención al Parto del Ministerio de Protección Social y lo que decíamos era como ¡hijuepucha!¹⁶ todo está en la guía, cuando tú analizas la guía del Ministerio de la Protección Social, mi sentir aún todavía es que es absolutamente generosa, solo que esta acomodada y la aplicas como se ha aplicado generalmente, se aplica de acuerdo como a unos protocolos súper inflexibles, rígidos y como con toda un estrategia de, pues, del sistema mismo”(Carmen)

¹⁶ “Hijuepucha” es una palabra coloquial utilizada en Antioquia y en algunas otras partes de Colombia. La utilizan las personas que les da vergüenza decir “hijueputa”, puede tener varios sentidos, como enojo, alegría, admiración, ofensa, señalamiento, exclamación de sorpresa, entre otros. En este caso, hace referencia a la exclamación de sorpresa de haber descubierto que todo lo que están planteando las iniciativas, ya está escrito en las guías.

La calidad y calidez en la atención son el discurso transversal de las iniciativas a nivel institucional para fomentar la atención integral del parto y el nacimiento en el contexto estudiado. Para cumplir con esta calidad y calidez es indispensable seguir los diez pasos establecidos para ello, estos pasos son: voluntad política institucional, preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución, educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias, trabajo de parto y parto con calidad y calidez, educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo, apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna, favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento, atención integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo (Minsalud,2011).

“Empezamos a pensar cómo se implementaba cada paso de IAMI, entonces cómo logramos, ya logramos la primera política, ya después entonces cómo logramos capacitar a los funcionarios, ya después cómo logramos el alojamiento en conjunto de esas mamás, cómo logramos, eh, que ese parto fuera diferente, en un lugar, espacios amigables, eh, con una decoración diferente, con un ambiente diferente” (Rebeca)

Específicamente y como interés central de esta investigación para la atención del parto está el paso 4 (trabajo de parto y parto con calidad y calidez), sin desconocer que cada uno de los pasos es complementario del otro y conllevan a la integralidad en la atención. El desarrollo de este consiste en lo siguiente: garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora (Minsalud, 2011). Todo ello implica

en primer lugar, la transformación de un paradigma biomédico que se enfoca en la medicalización del parto y en prácticas innecesarias que ameritan más riesgo para la salud de la mujer; adicional a ello el ambiente de respeto del que hablan, va enmarcado en el respeto de los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. En segundo lugar, atención de calidad, colocando todos los recursos tanto humanos como tecnológicos para una atención segura y sin riesgos para la salud del binomio Madre- hija-hijo, que sea oportuna y continúa y con calidez, incluyendo un trato digno a las mujeres y sus familias.

“Que ellas sepan y defiendan ellas mismas sus derechos, esas son las actividades que hacemos acá. Yo he tenido ahí como una cosa con lo que es el parto humanizado, o sea, yo pienso que es un parto consciente y respetado, es que si la mujer no está consciente y ni sabe cuáles son sus derechos ¿entonces? [...]” (Fanny)

El discurso central en cuanto a los enfoques de atención del parto de estos lineamientos es el parto natural como la mejor opción para disminuir los riesgos de la salud del binomio madre-hija-hijo fundamentados en evidencia científica, recomendando una atención libre de medicalización y con un trato digno a la mujer y su familia.

“Hacemos un taller de parto humanizado de tres horas, con las instituciones. La idea que tenían era fomentar todo el proceso del parto respetado que en ese momento todavía le conservábamos el nombre de parto humanizado, tratando de proteger los derechos de la mujer y proteger el momento del nacer, conscientes de un movimiento que se venía dando en el mundo y que donde las mujeres reclaman el derecho de parir en libertad” (Rafael).

Ordenanza Departamental Buen Comienzo

Buen comienzo es un programa creado por el consejo de la ciudad de Medellín en el 2004 y puesto en marcha en el 2006, tiene como objetivo la atención de forma integral a la población infantil vulnerable de la ciudad entre la gestación y los 5 años de vida. En cuanto a la atención materna ofrece servicios integrales para el bebé desde que está en el vientre de la madre, mejorando la salud de las gestantes, incrementando las posibilidades de nacimientos saludables y reduciendo el riesgo de enfermedades congénitas (Alcaldía de Medellín, 2010).

Para el 2015, se declara como política Departamental por la asamblea departamental de Antioquia, en esta ordenanza se pretende promover el “diálogo permanente con las gestantes, lactantes y con niños y niñas, para la comprensión de sus realidades y la promoción de acciones afirmativas que expandan sus libertades en los ambientes en los que se desarrolla con respecto a su diversidad y autonomía” (Asamblea Departamental de Antioquia, 2015, pág. 3).

Contiene un enfoque de derechos, de género y de interculturalidad, en este último, se procura el encuentro entre las culturas a partir del reconocimiento de sus formas de vida y sus valores. En cuanto al parto y el nacimiento se concibe de la siguiente manera:

Son hechos personales, únicos y fundantes, acontecidos en las dimensiones de la corporeidad, sexualidad, intimidad, espiritualidad y afectividad de mujeres, niñas y niños y familias. El parto es un proceso fisiológico, físico y emocional de apertura, pasaje y acogida de una nueva vida (Asamblea Departamental de Antioquia, 2015, pág. 5).

11.2. Michael Odent y su teoría

Otro de los discursos encontrados y que coincide con la defensa del parto natural es la teoría de Michael Odent, médico-obstetra francés, personaje que en los años setenta revolucionó la atención del parto. Es la persona más citada mundialmente en el ámbito del nacimiento. En el contexto estudiado es referente de Doulas, ginecobstetras, académicos e integrantes de las agrupaciones que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento quienes se valen de sus teorías para defender su discurso.

“Sí, es una revolución social y yo no lo había concebido así, lo aprendí de Michel Odent, Michel Odent dice que cambiar la forma de nacer es la forma de cambiar el mundo, cambiar una nueva civilización y estoy convencido de que es uno de los grandes fuertes brazos de la recuperación social, del cambio social que se está dando [...] Entonces tomé las lecturas de Michel Odent, los libros de Michel Odent, prácticamente me los he leído todos, los documentos, empecé a documentarme conformamos un grupo [...] El soporte de la literatura de Michel Odent, los libros de Michel Odent son fundamentales, es una nueva visión de la obstetricia con sus reflexiones” (Rafael).

Michael Odent es autor de varios libros y artículos traducidos en varios idiomas, fue descartando las técnicas obstétricas convencionales y transformando las salas de nacimiento en cuartos con piscinas de agua tibia, donde se permitía libertad a la mujer para poder expresarse y hacer ruido si así lo quería, tenían libertad para adoptar cualquier posición, acompañamiento de su pareja, entre otras cosas. En su libro “La vida Fetal, el nacimiento y el futuro de la

humanidad, contiene el capítulo “El nacimiento de los mamíferos humanos”, allí explica por qué las mujeres a la hora de parir deben estar en una temperatura ambiente adecuada, sentirse seguras, pero sin sentir que las están observando. Además, justifica el nacimiento natural como la opción menos riesgosa para la salud de la mujer y de su bebé.

Concretamente Michael Odent explica su teoría de la siguiente manera:

Todos los mamíferos dan a luz gracias a una repentina emisión de hormonas. Una de ellas, concretamente la oxitócica, juega un papel trascendental, ya que es necesaria para la contracción del útero, lo que facilita el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. También se la conoce por inducir amor maternal.

Igualmente, todos los mamíferos pueden segregar una hormona de emergencia, la adrenalina, cuyo efecto es frenar la oxitócica. La adrenalina se segrega ante una situación de peligro. El hecho de que la oxitócica y la adrenalina sean antagonistas explica que la necesidad básica de todos los mamíferos a la hora de parir es sentirse seguros.

Existen multitud de situaciones asociadas con la producción de adrenalina. Los mamíferos la segregan cuando se sienten observados. Cabe destacar que los mamíferos cuentan con estrategias específicas para no sentirse observados cuando están de parto; las privacidades, obviamente, otra necesidad básica. La hormona de emergencia está también implicada en la termorregulación. En un entorno frío, observamos otra de las conocidas funciones de la adrenalina: inducir el proceso de vasoconstricción. Así podemos explicar que, cuando una hembra está pariendo, y de acuerdo a la adaptabilidad de las especies, tiene que estar en un entorno lo suficientemente cálido. Dado que los humanos somos mamíferos, tales

consideraciones fisiológicas vienen a sugerir que, a la hora de parir, las mujeres deben sentirse seguras, pero sin sentirse observadas y con una temperatura ambiente adecuada (Odent, 2007, pág. 23) .

Es por ello que las iniciativas, defienden la intimidad de la mujer en el momento del parto, espacios acondicionados para el mismo y el acompañamiento para brindar seguridad como un derecho que hay que proteger, esto les permite partos naturales y sin complicaciones. Aquí se justifica también la defensa del parto en casa como un lugar íntimo protegido de los peligros.

11.3. Teoría del Microbioma Humano

El concepto de “microbioma”, fue reconocido en 2010 por la revista *Science* como uno de los 10 grandes temas científicos de la década, y es considerado “uno de los grandes descubrimientos de la biología evolutiva y de la biología interconectada, uniendo en este caso fisiología, bioquímica y microbiología con posibles efectos sobre patologías complejas” (Muñoz, 2015). Como es propio de los nuevos desarrollos científicos aún existen muchos interrogantes al respecto del futuro de esta teoría y sus implicaciones para la salud humana.

El término microbioma humano se usa para definir (todos los genes de nuestros microbios). Con los estudios e investigaciones consideran al microbioma humano como un ecosistema complejo, con distintos nichos biológicos. Se ha definido como un conjunto de interacciones con el sistema inmunológico y parte integral de procesos fundamentales como la producción de vitaminas, la digestión, homeostasis energética, la integridad de la barrera intestinal y la angiogénesis en el cuerpo humano (Martínez, 2010) (Saavedra, Zúñiga, Yasnó, Díaz, & Pinzón, 2017).

La teoría del microbioma humano, estudia los microorganismos que alberga el cuerpo, los

cuales presentan características especiales en cada persona y protegen contra agentes infecciosos aumentando el sistema inmune. Pretenden identificar las características de las comunidades de microbios que se encuentran en las distintas partes del cuerpo y buscan la relación con la salud y la enfermedad (GMFH, 2015) .

El establecimiento del microbioma humano en recién nacidos ha generado mucho debate y se han propuesto varias teorías, como la adquisición de la exposición al microbioma vaginal materna, microbioma intestinal, microbioma de la leche materna y contacto piel a piel¹⁷, (Saavedra, Zúñiga, Yasnó, Díaz, & Pinzón, 2017).

Antes del nacimiento, el tracto gastrointestinal es estéril; sin embargo, durante el parto, se produce la primera exposición microbiana del recién nacido a la flora vaginal de la madre dando lugar a la colonización inicial del tracto gastrointestinal del recién nacido. Esto se ha evidenciado por diferencias en la flora intestinal de los niños nacidos por cesárea o por vía vaginal, reflejando la importancia de la vía de nacimiento en la conformación inicial de la flora intestinal del recién nacido (Arribas, 2009). Factores adicionales a esta exposición inicial también influyen en la composición de la flora intestinal normal incluyendo el pH, la motilidad intestinal, la temperatura, la concentración de oxígeno, el recambio epitelial y moco, entre otros (Saavedra, Zúñiga, Yasnó, Díaz, & Pinzón, 2017, pág. 9) .

En contraste con esto, también se ha planteado que el desarrollo de la microbiota intestinal del recién nacido se programa desde la vida intraútero, sosteniendo que los primeros contactos con la microbiota intestinal materna los tiene el feto a través de la placenta y el líquido

¹⁷ National Institutes of Health. NIH Proyecto microbioma humano define maquillaje bacteriano normal del cuerpo: La secuenciación del genoma crea datos de primera referencia para los microbios que viven con adultos sanos. Agencia de Investigación Médica de la Nación., 2012 EN: Saavedra Torres JS, Zúñiga Cerón LF, Yasnó Navia PA, Díaz Córdoba WJ, Pinzón Fernández MV. EL MICROBIOMA HUMANO, UNA BIOLOGÍA ÚNICA QUE CONTRIBUYE EN NUESTRO DESARROLLO FISIOLÓGICO, ORGÁNICO Y METABÓLICO. Facultad Ciencias de la Salud-- Programa de Medicina-- Universidad del Cauca-- Popayán-Colombia.

amniótico. Luego, continúa la colonización masiva del intestino fetal durante el nacimiento, por contacto con bacterias maternas de la región perianal. (Hernández, Gómez, & Sánchez, 2014)

Hoy día es aceptado por la comunidad científica internacional que durante la gestación la exposición intraútero a microorganismos maternos no patógenos ocurre, y es dependiente del estado nutricional, metabólico e inmunológico de la madre (Thum C, Cookson AL, Otter DE, McNabb WC, Hodgkinson AJ, Dyer J, et al. 2012; Satokari R, Gronroos T, Laitinen K, Salminen S, Isolauri E, 2009; Gronlund MM, Grzeskowiak L, Isolauri E, Salminen S. 2011). La promoción de investigaciones de casos y controles para caracterizar los factores de riesgo materno que influyen en el desarrollo de la microbiota intestinal del recién nacido, son de gran interés en el campo investigativo actual (Mai V, Young CM, Ukhanova M, Wang X, Sun Y, Casella G, et al, 2011; Hooper LV, Macpherson AJ. 2010) (Hernández, Gómez, & Sánchez, 2014, pág. 505).

Estas discusiones sobre el microbioma humano en el recién nacido también son planteadas por Michel Odent y usadas por los participantes en esta investigación en defensa de transformaciones en la atención del parto, tales como el parto por vía vaginal, el contacto piel a piel y la iniciación de la lactancia temprana.

En relación con el parto y el nacimiento, existe un documental al cual se refiere una de las participantes de esta investigación y es titulado “Microbirth”, el cual advierte sobre la importancia del parto vaginal para la anidación de Microbioma para el bebé. “Microbirth” examina varias razones: contemplan que si el bebé nace por cesárea, puede cambiar la iniciación del microbioma del bebé, la transferencia de bacterias buenas de la madre al bebé durante el parto vaginal, esto podría conllevar a que no se desarrolle de manera adecuada el sistema inmunológico o se vea afectado (Harman & Wakeford, 2014).

“Miramos una película muy bonita que se llama microbioma, que nos la facilitó Rita Aparicio, precisamente, nos la prestó y tuvimos la oportunidad de verla” (Rosario). La manera

de dar a luz ha cambiado con el paso del tiempo y este documental alerta sobre los riesgos para la salud de las futuras generaciones. Entre los aportes de científicos sobre el tema, comentados en la página web “el mundo del nacimiento”, encontramos los siguientes:

El Dr. Rodney Dietert, Profesor de Inmunotoxicología en la Universidad de Cornell dice:

El embarazo ofrece una oportunidad de salud a dos generaciones que tenemos que perseguir. El microbioma de la madre puede ser optimizado para su mejor salud al igual que se puede preparar el microbioma que será donado al recién nacido. Es una oportunidad de oro y una ventana crítica. Sabemos que no hacer nada según el microbioma significa su manifestación en la actual epidemia de enfermedades no transmisibles. Es hora de un enfoque diferente (Harman & Wakeford, 2016) .

El co-director del documental Alex Wakeford indica que:

La Organización Mundial de la Salud ha alertado que las enfermedades no-contagiosas han llegado a niveles de epidemia. Los principales economistas están prediciendo para el año 2030, el gasto para tratar esta epidemia podría colapsar los sistemas de salud mundiales. Los gobiernos están extremadamente preocupados por las repercusiones de la resistencia de los antibióticos y el efecto que este nivel de enfermedad pueda tener en la estabilidad social y económica a nivel mundial. Lo que no están considerando es el posible efecto del tipo de nacimiento” (Harman & Wakeford, 2016).

La co-directora del documental Toni Harman agrega,

Muchas veces las cesáreas son esenciales y pueden salvar vidas. Algunas personas llevan mucho tiempo alertando y creando una imagen de las consecuencias a largo plazo. En los últimos años más y más personas se han unido a este debate y el peso de la investigación científica está presentando un panorama en cuanto a la salud de las futuras generaciones (Harman & Wakeford, 2016).

En definitiva, se considera que la microbiótica humana como un campo de estudio de última generación y se reconoce que tiene un rol fisiológico muy importante en la maduración del sistema inmunológico y la mucosa intestinal en el neonato. Parece haber amplio consenso respecto a que un sistema inmune íntegro y equilibrado garantiza un desarrollo infantil saludable (Hernández, Gómez, & Sánchez, 2014).

11.4. Derechos humanos de la mujer y derechos sexuales y reproductivos

“Parto respetado quiere decir respeto por los derechos de la mujer, derechos sexuales, reproductivos como tú lo dijiste y los derechos propios, naturales y humanos, protegidos, lo que quiere decir calidad” (Rafael).

Los derechos humanos de la mujer y derechos sexuales y reproductivos son un discurso transversal de todas las iniciativas, se basan primordialmente en la defensa de los siguientes derechos:

Intimidad: según los participantes, este derecho se vulnera por la intrusión en la privacidad

de las mujeres por medio de la revisión constante de su cuerpo y en especial sus genitales, además de ello la exhibición del cuerpo ante varias personas que la atienden y personal de salud en formación. No hay respeto al pudor y la tocan sin consentimiento. Ejemplo de ello está la realización continua de tactos y cada vez por una persona distinta.

Integralidad corporal: se viola este derecho cuando se irrespetan principios básicos como la dignidad, la privacidad y la autonomía.

Información, toma de Decisiones libres e informadas sobre su salud: las prácticas realizadas a las mujeres en su proceso de parto y postparto en muchas ocasiones no son informadas, negando así la posibilidad de decidir por otras alternativas. Regularmente esto se presenta cuando les dicen a las mujeres que firmen un papel sin explicárselo, que les van hacer cesárea sin explicar el motivo o les van a colocar un medicamento para inducir o acelerar el parto sin ellas comprender el porqué.

No recibir Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes: esto se representa en el trato del personal de salud hacia las mujeres en el proceso de atención. Específicamente son comentarios humillantes, infantilización, insultos, no tolerancia a los gritos de dolor o insensibilización hacia el mismo, ignorarlas al expresar sus emociones o en ocasiones el silencio total del personal.

Refieren los participantes de esta investigación que estos derechos son desconocidos tanto por el personal de salud como por las mujeres que son atendidas, lo que hace que se vea como algo normal, planteando la necesidad de informar sobre derechos:

“me da pues... como también pesar, como ese desconocimiento que tienen las mujeres... y pensar que esa violación de sus derechos, ellas lo ven muy normal... entonces hay que informar a las mamás para que sus derechos y sus partos no sean tan vulnerados... que reconozca en qué momento se pueden estar vulnerando sus derechos, que aprenda a reconocerlos”
(Anita).

Sumado a lo anterior las iniciativas se basan en estos derechos para solicitar los planes de parto en las instituciones:

“Decirle a la institución: no te estamos pidiendo favores, no te estamos pidiendo caprichos, te estamos pidiendo derechos, te estamos hablando desde la perspectiva de los derechos, y realmente si nos paramos como en el campo de lo legal y si nos paramos desde la perspectiva de los derechos humanos, nos damos cuenta que es un campo muy inexplorado, pero estos son derechos humanos, estos son derechos fundamentales que tiene toda mujer... en esa perspectiva empezamos a construir planes de parto a través de un derecho de petición” (Carmen).

Las iniciativas realizaron un análisis de todo lo que estaba a su alcance para justificar el discurso de la defensa de derechos, tanto la academia, agrupaciones y a nivel individual:

“empezamos a coger todo eso que dice la Organización Mundial de la Salud, entonces cogimos los tratados internacionales de protección de derechos humanos, cogimos la Constitución Política, cogimos la estrategia IAMI, analizamos la norma técnica de la atención al parto del Ministerio de Protección Social y lo que decíamos era: ¡todo está en la guía! Cuando tú analizas la guía del Ministerio de la Protección Social, mi sentir, aún todavía, es que es absolutamente generosa, solo que esta acomodada y la aplicas como se ha aplicado generalmente, se aplica de acuerdo como a unos protocolos súper inflexibles, rígidos y como con toda una estrategia de... pues del sistema mismo, que ya sabemos que tiene unas implementaciones muy grandes, además, si tu vienes y analizas te das cuenta que están hablando de parto respetado” (Carmen).

En su discurso de defensa de derechos afirman que la rama judicial también tiene gran desconocimiento del tema ya que, en su experiencia con las tutelas, para los jueces ha sido de difícil comprensión.

“el análisis que hace la rama judicial muy en su lógica, muy poco humanística es que no hay vulneración de los derechos fundamentales, porque la rama judicial no puede entender y dice: no te están negando ningún derecho fundamental, te están prestando el servicio, te están garantizando todo por tu bienestar y tu bebé. Aquí vemos que hay una idea de que todo lo que hacen en la institución es por tu bienestar; te acuestan, te canalizan, te pinchan oxitócina sintética, te ponen epidural, no te dejan mover, te hacen monitoreo cada hora con correas que te obligan a estar acostada, estas sola, no te dejan tomar agua y todo esto es por tu bienestar, porque tienen que garantizar que tú y tu bebé permanecen bien. Entonces, ese es el imaginario colectivo de la rama, que más allá de hacer un análisis jurídico, hace un análisis muy superficial, no es un análisis constitucional de decir aquí no hay vulneración de ningún derecho fundamental” (Carmen).

El parto bajo un marco de derechos es nombrado entonces por las iniciativas como un parto respetado, ya que así es conocido también por otros movimientos a nivel mundial.

11.5. Parto humanizado

Existe todo un movimiento a nivel mundial sobre el parto humanizado, como gran

representante y más reconocida se encuentra la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), en su discurso manejan el término y se refieren a éste de la siguiente manera:

El movimiento de humanización del embarazo, el parto y el nacimiento se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos... El Parto Humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer... Una de las claves para la humanización del parto es que las mujeres sean las protagonistas en los procesos del parto y del nacimiento... La idea de humanizar el parto viene de hecho, de que muchos servicios médicos no han incorporado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos que reglamentan la atención del parto (RELACAHUPAN, 2007) .

Como podemos apreciar, el término de parto humanizado tiene una relación muy íntima con la defensa de los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. Es un discurso común en las iniciativas estudiadas, pero en nuestro contexto parece preferirse el concepto de parto respetado debido a ciertas críticas y resistencias de algunos académicos y personal de salud que siente que un llamado al parto humanizado trae implícita una desvalorización de sus intervenciones en los procesos.

“El primer choque que teníamos con los médicos y con el personal de salud era ¿bueno por qué humanizado? Yo me siento mal si usted me dice a mí que yo no hago un parto humanizado, me está cuestionando en lo más profundo, los médicos y los profesionales tenemos un ego que no lo

soportamos y somos a veces muy incoherentes, somos tan altivos, tan egoístas y tan soberbios que creemos que tenemos la última palabra, entonces no nos dejamos y no nos permitimos que alguien nos cuestione... entonces el término humanizado es golpeador, muchas personas se me acercaban y me decían , “¿pero ustedes de qué están hablando? Eso es una grosería, es que ustedes nos están tratando como si nosotros fuéramos deshumanizados” (Rafael)

Algunos de los participantes también manifestaron tener sus propias reservas respecto al uso del concepto *parto humanizado*. Primero porque comparten la idea de que el concepto trae en sí mismo una crítica a las intervenciones de los profesionales de la salud y parecen asociar el concepto a cualquier actividad realizada por los humanos independiente de los fines y las condiciones en que esas intervenciones se den. También porque el concepto se asocia con una estrategia para contener la violencia obstétrica, de tal manera que en las instituciones aceptar lo primero implica también lo segundo. Así nos lo deja ver el siguiente testimonio.

“Por qué tienes que humanizar el parto cuando sientes que el parto es lo más humano que tenemos, lo más primitivo, lo más instintivo, entonces no entiendo muy bien eso de humanizado... yo he preferido hablar de parto respetado... además, porque ahora tú dices parto humanizado y plan de parto en un derecho de petición, inmediatamente la institución asocia eso al concepto de violencia obstétrica, así no lo utilices en el documento, pero ya viene por sí solo...eso sí que afecta el ego institucional, nos dicen: “ahora resulta que las violentamos , ahora resulta que nosotros somos unos violentadores”, eso genera una reacción muy fuerte” (Carmen)

Por lo anterior, deciden entonces hacer más énfasis en el concepto de parto respetado y asociarlo a los derechos humanos durante el parto y el nacimiento.

“Hace tres, cuatro años se comenzó a implementar en el programa de estudiantes de pregrado de décimo semestre e igualmente, en la residencia, los fundamentos del parto humanizado, también hicimos la reflexión frente al parto humanizado y le pusimos el nombre parto respetado, protegido y con sentido” (Rafael).

11.6. El yoga

El yoga es una de las herramientas que utilizan las Doulas en el acompañamiento de la preparación para el parto y el control del dolor durante el mismo. Este método de autorregulación, integra aspectos físicos, espirituales y mentales del ser humano, posibilita el equilibrio con el medio que nos rodea. Los ejercicios de Yoga suministran beneficios en el funcionamiento del cuerpo, mejoran funciones afectivas, cognitivas y puede controlar, de manera voluntaria, funciones del cuerpo que suelen ser involuntarias (López & Díaz, 1998)

“A través del yoga se hace estimulación temprana y adecuada que es preparación, y ellas hacen luego [del parto] recuperación de piso pélvico, recuperación mental, recuperación de su sexualidad, con la meditación [...] El núcleo familiar, ahí se involucra a papá, los niños que están ahí, ellos vienen con sus mamás, se hace un entrenamiento también para los papás” (Fanny).

En el contexto del parto, este control del cuerpo, la mente y el espíritu, se traducen en el

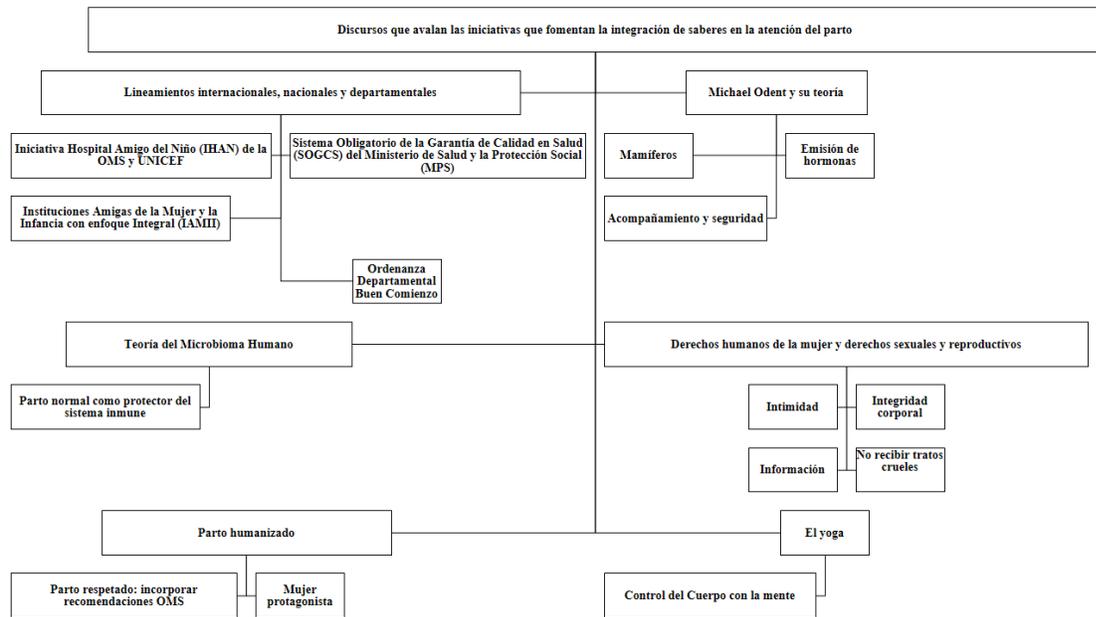
control del dolor y la confianza de que el cuerpo, es capaz de pasar por el proceso del parto como algo natural. Referente a esto, una de nuestras participantes afirma la desconexión que hay entre el cuerpo y sus procesos fisiológicos en la atención convencional del parto:

“Nos hemos desconectado de lo esencial, de nuestro cuerpo y sus procesos fisiológicos, como sangrar y dar a luz, hemos estado profundamente solas, lejos de nuestra familia, las mujeres no estamos acompañadas entre mujeres para dar a luz, entonces creo que esto nos pone a recuperar esa memoria ancestral de volvernos a acompañar entre nosotras mismas”
(Carmen).

Las Doulas que acompañan la preparación para el parto, pretenden a través del yoga, recuperar esa conexión del cuerpo con la mente y el espíritu, para que la mujer tenga control de su cuerpo y sus funciones fisiológicas durante este proceso, recuperando la confianza en su propio cuerpo para un parto natural y realizando el control del dolor.

En cuanto a la aceptación de esta técnica que no es originaria del contexto colombiano, durante la observación de las clases de yoga prenatal se pudo apreciar la facilidad para familiarizarse con los ejercicios, la disposición para realizarlos y el aprendizaje de la técnica del yoga de manera rápida y sencilla.

Mapa 4. Discursos que avalan las Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos 2017



12. REPERTORIOS DE ACCIÓN SOCIAL O COLECTIVA

Los repertorios de acción social o colectiva se refieren a la diversidad de formas de acción de que disponen las iniciativas. Según Tylli, es ese conjunto variable de actuaciones que incluye “creación de colaciones y asociaciones con un fin específico, reuniones públicas, procesiones solemnes, vigilias, mítines, manifestaciones, peticiones, declaraciones a y en los medios públicos y propagandas” (Tilly & Wood, 2013, pág. 22).

En este sentido, podemos encontrar diversos repertorios de acción que de manera individual o colectiva han aportado al cumplimiento de los objetivos que se han propuesto las iniciativas. A continuación, y comparando con el grupo de variables propuestas por Tylli se clasifican las acciones de la siguiente manera:

- Creación de colaciones y asociaciones con un fin específico: reuniones periódicas, sitios específicos para realizarlas e inversiones económicas de los participantes o de instituciones para el sostenimiento, formación de empresas, fundaciones, corporaciones, grupos de estudio, unión entre académicos, alianzas con las instituciones de salud, búsqueda de apoyo en secretaria de salud. Sumado a lo anterior, realizan búsqueda de contactos claves y concedores del tema para referenciarse en las formas de accionar, búsqueda de apoyo de especialistas a nivel internacional para asesorar en el proceso de sensibilización a la población, búsqueda de investigaciones y evidencia sobre el tema para fundamentar sus discursos, incursión en el ámbito de la política para colocar el tema en discusión en las agendas gubernamentales y por último el intento de unir todas las iniciativas que promuevan un parto respetado protegiendo los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos.
- Reuniones públicas: eventos realizados como “encuentro de ciudad” para sensibilizar y dar a conocer su trabajo, capacitaciones a los miembros de los grupos, invitación a las universidades del contexto para participar de la discusión en el tema, reuniones para compartir experiencias, brindar talleres a la población en general y al personal de salud, servicio de consulta sobre el tema en sus medios de comunicación.
- Procesiones solemnes, vigiliias, mítines, manifestaciones: las manifestaciones se realizan a través de sus páginas exponiendo la problemática, recogiendo historias de parto para demostrar evidencias; realizando “tetadas” que consiste en amamantar en público masivamente para dar a conocer la naturalidad de la lactancia materna.
- Peticiones: existe la construcción de planes de parto, asesorados por doulas y abogadas, en los que manifiestan a las instituciones como derecho de petición la exigencia del respeto por sus derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, exigiendo un parto respetado y acompañado por una persona significativa para la mujer gestante además que se le respete su autonomía para tomar decisiones.
- Declaraciones a y en los medios públicos y propagandas: utilizan las redes sociales a través de páginas web, blog y Facebook, publicaciones científicas, convocatorias a cursos

y seminarios, organización de eventos para mostrar sus actividades y objetivos, participación en canales locales para hablar del tema a los televidentes; además, una de las maneras que más se han dado a conocer es por la voz a voz, pasando la información a través de la interacción con otras personas convirtiéndose esta estrategia en una especie de bola de nieve.

A continuación, dichas actividades se expondrán como repertorios de acción social o colectiva y serán divididos en cuatro tipos según el ámbito en el que se desarrollan, estas serían: académicas, institucionales, grupales e individuales.

12.1. Acciones académicas

Desde la academia existe un movimiento de profesionales que vienen trabajando el tema de la atención del parto desde la perspectiva de derecho, se pueden identificar profesiones como nutrición, enfermería y medicina liderando la educación en el tema; sin embargo, en el contexto estudiado, resalta el trabajo realizado por el grupo NACER, el cual, en sus actividades académicas fomentan el respeto del profesional de la salud por la mujer en su proceso de gestación, parto y postparto, haciendo énfasis a los estudiantes de medicina en la necesidad de transformar el paradigma que establece una única manera formal de la atención del parto y apropiarse de los lineamientos internacionales que recomiendan abandonar toda práctica médica innecesaria que pueda afectar la salud de la mujer y el bebé por nacer.

La estrategia de acción de la Academia específicamente se dirige a la educación y sensibilización del personal de salud que asiste los partos, tanto los que están en formación como los que ya laboran en las instituciones. Las actividades que realizan son las siguientes:

- Invitación a estudiantes y médicos a participar en los partos acompañados por Doulas y NANAS en las IPS de la ciudad de Medellín que lo permiten.
- Reuniones en el grupo de investigación NACER donde el tema principal es la

implementación de la Partería en Colombia.

- Implementación, en el programa de pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, en su semestre diez, de los fundamentos para un parto respetado, protegido y consentido.
- A través de la investigación, demostrando evidencia del tema en reuniones académicas a nivel nacional y departamental, ejemplo de ello fue el encuentro de ciudad ya mencionado que contó con la participación de varias iniciativas, donde se hizo la reflexión del modelo de atención del parto y se expusieron las alternativas de atención y los esfuerzos realizados.
- Vinculación de un profesor de la Clínica la Primavera de Ecuador al programa de medicina de la Universidad de Antioquia. Los estudiantes, hacen pasantía en esta clínica, allí se realiza la atención del parto desde una perspectiva diferente a la del paradigma biomédico sin salirse del margen de la institucionalidad para la atención de la mujer gestante y en su proceso de parto.
- Participación del grupo NACER en la elaboración de guías de práctica clínica para la atención del parto donde se habla de la atención integral, con recomendaciones para abandonar la realización de procedimientos innecesarios durante la atención del parto.
- Realización de talleres con la temática de parto respetado, por medio de la plataforma virtual de la universidad de Antioquia. Estos talleres también se han realizado de manera presencial en diferentes ciudades del país.
- El grupo de investigación NACER en conjunto con la Secretaría de Salud de Medellín realizan el taller IAMII en las IPS en proceso de acreditación. Se centra en el tema de Parto respetado con el fin de lograr sensibilizar al personal de salud de clínicas y hospitales de la ciudad.

- Talleres de sensibilización sobre parto respetado en las instituciones que se cuenta con convenio docencia servicio como contraprestación por el espacio de práctica
- Integrantes del grupo NACER hicieron entrega de una propuesta para la asamblea departamental de Antioquia “un acuerdo departamental” para la protección de la infancia incluyendo el tema del parto y la aplicación de la estrategia IAMII, dicho acuerdo ya pasó a segunda instancia en la asamblea. Aún están a la espera de aprobación.
- Vinculación con otras iniciativas a nivel nacional para compartir estrategias de acción, conocimientos y experiencias.
- Se ha llevado el tema a la discusión a la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), donde también se contó con la participación de enfermeras docentes de la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia, planteando el tema de la partería en Colombia.
- Se han establecido contactos internacionales expertos en el tema de la partería y la participación de las Doulas en el proceso de gestación, parto y postparto, con el fin de fortalecer los fundamentos científicos con los estudios adelantados internacionalmente y referenciarse para continuar con el fomento de una visión distinta frente al parto de la que ya se tiene formalmente.
- Profesores de la universidad de Antioquia que también laboran asistencialmente en las IPS con atención del parto y están vinculados al grupo NACER fomentan dentro de las instituciones el parto respetado y atendido desde otra perspectiva diferente a la biomédica.

12.2. Acciones institucionales

Las instituciones de salud con servicios de ginecología y obstetricia profesan seguir lineamientos a nivel internacional en cuanto a las recomendaciones que tiene que ver con la atención del parto y el nacimiento. Una de estas estrategias adoptadas por Colombia es la de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral (IAMII), esta contiene acciones específicas que son las que están realizando las IPS del contexto que cuentan con la política IAMII.

Estas estrategias se resumen en los diez pasos que abordan aspectos relevantes de la atención materno infantil, contiene procesos de auto-apreciación, análisis y acción, los diez pasos son: voluntad política, capacitación al personal de salud, empoderamiento de las mujeres y sus familias para el cuidado, garantizar las mejores condiciones para el nacimiento, ayuda en el cuidado del recién nacido y la puérpera, promoción, protección y apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna, favorecer el alojamiento y el acompañamiento, seguimiento sistemático al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, generar entornos protectores y espacios amigables, cuidado de la salud y nutrición materna e infantil más allá de la institución de salud.

Dentro de la estrategia IAMII encontramos los siguientes procesos para el cumplimiento de los 10 pasos: caracterización de la población materno infantil, auto apreciación como línea base para diseñar los planes de mejora institucionales, pre-evaluación, sensibilización y capacitación al personal de salud, capacitación a la mujer gestante y su familia, evaluación externa y el mantenimiento del modelo de atención con características de integralidad, calidad, y continuidad.

La institución estudiada en esta investigación marca la diferencia en ciertos aspectos, porque, además de ser una Institución en proceso de certificación como Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral y seguir sus lineamientos, tiene un valor agregado y es el acompañamiento de mujeres voluntarias que con un entrenamiento especial han logrado marcar la diferencia con otras instituciones. Las NANAS nombre que le dan a las voluntarias que fueron capacitadas por Doulas, si bien no están certificadas como tal, su labor es similar.

Las estrategias de acción que realizan las NANAS son las siguientes:

- Reuniones mensuales para evaluarse, capacitarse de manera continua, además funcionan entre ellas como red de apoyo, como ellas mismas lo nombran “ayuda al apoyo”, esto consiste en suministrar un espacio para que expresen sus experiencias, emociones, temores y falencias, para entre ellas mismas brindar apoyo espiritual y académico.
- Establecen una relación de empatía con las mujeres en proceso de parto y postparto explicándoles su labor y ofreciéndoles toda su ayuda.
- Brindan acompañamiento de manera voluntaria a las mujeres en proceso de parto que se encuentran en la unidad hospitalaria organizándose en turnos rotativos para dar cobertura todos los días en la unidad hospitalaria.
- A través de la conversación tratan de concientizar a las mujeres en trabajo de parto, sobre el poder del cuerpo, la mente y el espíritu para bajar los niveles de estrés, temor, miedo y ansiedad, tratando de aumentar la confianza en sí mismas, convenciénolas, de que están en un proceso normal y se debe asumir como tal.
- Trabajan la relajación realizando ejercicios físicos, masajes y técnicas de respiración para el control del dolor, además, entrenan al acompañante de la materna, sea la pareja o familiar para que ellos mismos realicen la actividad con la mujer en trabajo de parto.
- Durante el parto acompañan a las mujeres enseñándoles técnicas de pujo y manejo de la respiración.
- Brindan asesoría y acompañamiento durante la lactancia en las primeras horas de vida del bebé, educan sobre la importancia de la lactancia materna sus beneficios.
- Protegen y defienden los derechos humanos de la mujer durante todo su proceso y les dan a conocer a las gestantes sus derechos y deberes como pacientes; hacen énfasis en la protección de la intimidad y en la autonomía para tomar decisiones de manera informada y consciente.

- Varias de las NANAS han realizado la certificación como Doulas.

Es de anotar que otras instituciones, tanto públicas como privadas, también se encuentran en el proceso de acreditación IAMII, pero por presentar un programa más avanzado en la atención integral del parto, se escogió esta institución para estudiarla como iniciativa institucional. Para el 2017, en el contexto, se cuenta con otra institución que está fomentando el acompañamiento de Doulas a nivel institucional.

12.3. Acciones grupales

En esta investigación como ya se mencionó se identificaron dos agrupaciones, Mamás Tejiendo Caminos y la corporación Acunando, las cuales con sus estrategias de acción se han dado a conocer en el contexto y a nivel nacional. Las actividades realizadas son las siguientes:

Corporación Acunando

- Conformación de una sociedad jurídicamente reconocida, sin ánimo de lucro con la cual se puedan hacer convenios institucionales para brindar capacitación al personal de salud y por otro lado poder formular proyectos en pro de darle un enfoque diferente a la atención del parto y el nacimiento en el contexto.
- Asesorías sobre acompañamiento de Doulas en la preparación prenatal, parto y lactancia, brindando el contacto. Cada pareja o mujer organiza con la Doula la forma de pago o el costo de sus servicios.
- Sensibilizaciones en las instituciones de salud al personal. Esto a través de convenios y contraprestaciones.

- Organización en conjunto con el grupo NACER del encuentro de ciudad donde convocaron todas las iniciativas que fomentan un parto respetado. Citando a la comunidad en general y de manera gratuita.
- Talleres a madres comunitarias del barrio Robledo en Medellín, preparándose para la formación de red de apoyo en lactancia materna. Además, talleres dirigidos a la comunidad en general convocando por medio de las redes sociales para educar en primera infancia, gestación, parto, lactancia materna y crianza. Por medio de convenios con Secretaria de Salud y se ofrecen de manera gratuita a la comunidad.
- Brindan información sobre el tema del embarazo, parto, postparto, lactancia materna, defensa de derechos a quien lo requiera a través de su página de Facebook, sin ningún costo.
- Se brinda acompañamiento a las instituciones que estén en proceso de certificación IAMII, asesorando, capacitando y haciendo el diagnóstico de cómo están en el tema. Recibiendo contraprestación.
- Cuentan con información de profesionales como ginecólogos, médicos, enfermeras, nutricionista y también con Doulas que pueden brindar servicios en cuanto al acompañamiento y preparación para el parto, lactancia y crianza. Brindan el contacto, pero ya los costos de la asesoría son concertados con el profesional y la persona que lo solicita.

Grupo Mamás Tejiendo Caminos

- Formación de un grupo de apoyo para el postparto. Grupo que se reúne periódicamente para compartir experiencias entre las asistentes brindando mutua asesoría desde el conocimiento de cada participante en todo lo que tiene que ver con lactancia, cuidados en el postparto y crianza.
- Brindan información en su blog sobre gestación, parto y crianza; el cual, también lo

utilizan para colocar a la disposición de la comunidad, documentación científica sobre estos temas.

- Por medio del blog, también ofrecen capacitación de diferentes temas relacionados con la gestación, parto y postparto. Encontramos asesorías en Porteo, Lactancia materna, acompañamiento de Doulas y exposición de experiencias.

- La enseñanza del porteo es una actividad convocada en la página de Facebook y por la voz a voz, donde se reúnen a tomar un café y a enseñar cómo se realiza dicha técnica. Esta actividad tiene un costo y está dirigida a todo el público en general. La mayoría de los asistentes van con su pareja.

- Se han dado a conocer y fomentan la lactancia materna a través de “tetadas masivas”, la actividad consiste en amamantar bebés en lugares de mucha afluencia de público y reunir una gran cantidad de mamás que lo hagan. Con ello se pretende fomentar la lactancia y mostrarla como un acto natural. Este evento es totalmente gratis.

- Se brinda información sobre el acompañamiento de las Doulas, la defensa de derechos durante el parto y la manera de llegar a las instituciones solicitando un parto respetado; hacen el puente con la Doula para que se brinde este servicio. El costo de la Doula es concertado entre la familia solicitante y la Doula, la agrupación como tal no cobra por la información ni por brindar el contacto.

- La exposición de experiencias la realizan a través de una estrategia que titulan “100 historias de parto”. Se encuentran recogiendo historias para publicarlas en su blog, pretenden con ello compilar experiencias positivas o negativas de los partos para dar a conocer la problemática que rodea la atención del mismo, la alternativa de partos que existen y la necesidad de unión como colectivo para tratar de transformar el paradigma de atención. Esta actividad no tiene costos y se puede enviar la historia por medio del blog.

12.4. Acciones individuales

De manera individual se puede encontrar en el contexto estrategias que si bien no van dirigidas a la comunidad en general ni en forma masiva, intervienen en un pequeño núcleo que es la familia y especialmente en la mujer gestante, estas iniciativas fomentan enfoques diferentes de preparación para el parto, parto, postparto, lactancia y crianza de los hijos desde cada una de sus profesiones o saberes, ofrecen servicios de manera remunerada, no necesariamente en dinero, sino también con trueques, ya sea de conocimientos o servicios.

A pesar de que se presenta en forma de servicios estas iniciativas han logrado darse a conocer en el contexto, es tanta la demanda que tienen que se ven saturadas de solicitudes para prestar sus servicios; además, muchas de estas iniciativas han sido llamadas por la academia o las instituciones para dictar conferencias sobre su quehacer y la importancia del mismo.

Tenemos entonces las siguientes actividades que, de manera individual, contribuyen al fomento de una gestación, parto, postparto diferente a la establecida de manera formal en el contexto. Estas actividades están concentradas específicamente en las Doulas ya sea de preparación para el parto, acompañamiento durante el mismo, asesoría jurídica y apoyo en lactancia; estas son:

- Clases de yoga: Doulas expertas en yoga prenatal ofrecen sus servicios de manera particular, realizando cobro por ellos, una de ellas, logró hacer convenio con la administración municipal de Rionegro, municipio cercano del Valle de Aburrá, con el cual las mujeres gestantes del municipio reciben este servicio de manera gratuita.
- Acompañamiento durante el parto: es un servicio que ofrecen las Doulas, esto incluye preparación en pareja para el parto tanto física como psicológica, algunas Doulas hablan también de una preparación espiritual; acompañan sea el parto en casa o a nivel institucional y realizan un cierre del acompañamiento cuando termina el periodo de dieta a los 40 días

postparto. El valor de este acompañamiento es negociado con la Doula, pero entre ellas manejan tarifas estándar; es de anotar, como se mencionó anteriormente, que las Doulas hacen intercambio, es decir, también reciben servicios de la persona que las solicita en vez de dinero.

- Asesoría jurídica: esta consiste en la defensa de los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos en la institución; orientan a las mujeres en la elaboración de planes de parto; se trata de una carta como derecho de petición donde la mujer expresa la forma en que quiere parir y la compañía que ella quiere, deja allí plasmado sus deseos de que le respeten sus derechos especialmente el de la intimidad y poder de decisión sobre su cuerpo, que todo lo que pase en la institución durante la atención de su parto sea de manera informada.

- Lactancia materna y nutrición: algunas Doulas se dedicaron al tema de lactancia, se hacen llamar “Doula de lactancia”, incluso una de las participantes de esta investigación lo es, tiene de base la profesión de nutricionista por lo que se inclinó por este tema. Se brinda asesoría de manera particular luego del parto, básicamente consiste en educación sobre lactancia materna, elaboración del banco de leche y afianzar a la mujer en esta labor para hacer la lactancia efectiva para la nutrición del bebé. También es un servicio que tiene cobro; sin embargo, de manera gratuita en las agrupaciones a la que pertenecen estas Doulas, brindan talleres a las mujeres en eventos que realizan; es más, hacen parte de la liga de la leche, la cual también brinda asesorías de manera gratuita en convenio con instituciones de salud.

- Parto en casa: es un servicio ofrecido por médicos generales, gineco obstetras, parteras y Doulas, se trata del acompañamiento y atención del parto en el hogar de la gestante, se cuentan con unas condiciones básicas para esta atención, en primer lugar es pago, tiene un valor mayor que el solo acompañamiento de la Doula; en segundo lugar la gestante debe estar inscrita a un servicio de ambulancia, en tercer lugar, debe estar a máximo 15 minutos de distancia en carro de una institución de salud y por último tener la evidencia y reporte clínico

de que su gestación fue normal y no tiene alto riesgo obstétrico. Estas condiciones hacen que sea un servicio poco asequible para muchas mujeres.

- Capacitaciones a grupo de voluntarias NANAS y a personal de salud: Lucy, Doula ya mencionada, ha realizado capacitaciones al personal de salud de varias instituciones, además, fue partícipe de la formación de las NANAS voluntarias en una de las instituciones con mayor afluencia de partos en la ciudad de Medellín. Las capacitaciones consistían inicialmente en la sensibilización sobre el tema del parto respetado, la evidencia a nivel mundial en cuanto a evitar la medicalización del parto y los beneficios de un parto normal, el acompañamiento psicológico, ejercicios físicos y masajes en el trabajo de parto y la invitación para las que quieran realizar su formación como Doulas.

- Formación de Doulas: La escuela con mayor formación de Doulas en este contexto es Doula Caribe internacional, está representada en Colombia por una de sus Doulas, la cual también hace parte de la corporación Acunando en la ciudad de Medellín, ofrecen certificaciones aproximadamente dos o tres veces al año en distintas ciudades del país, las cuales tienen un valor en dinero. También se cuenta con formación de Doulas en Happy Yoga, es una escuela de Yoga que ofrece diplomado en Doulas y formación de profesores en yoga incluyendo el yoga prenatal, Doulas han complementado su formación como acompañantes con este arte. Ambas tienen en común el defender un parto respetando los derechos de la mujer y su autonomía para decidir su forma de parir.

- Participación en programas de televisión y otros medios de comunicación: por el movimiento de las iniciativas en el medio, se han dado a conocer llegando a oídos de los medios de comunicación, quienes han realizado entrevistas ya sea televisadas o en periódicos o revistas a estas agrupaciones o personas que están fomentando la atención del parto respetado, con un enfoque distinto al que formalmente se cuenta en el contexto. Con ello, se han dado a conocer más en la comunidad y a nivel de las instituciones de salud.

Mapa 5. Repertorios de acción social o colectiva



13. MOVILIZACIÓN DE INTERESES EN FAVOR DE LA SALUD MATERNA

La movilización de intereses en favor de la salud de las mujeres en el proceso del parto es realizada desde varios sectores del contexto, cada uno de estos desarrolla repertorios de acción ya especificados anteriormente. A continuación, se explicará cómo desde cada sector se aporta a tan anhelado cambio que no es más que una transformación de paradigma que conduzca a la atención del parto desde la integración de saberes teniendo en cuenta la perspectiva de género y la perspectiva de derechos, con la finalidad de favorecer la salud de las mujeres.

13.1. Sector académico

Haciendo una revisión de los currículos de enfermería y medicina de las principales universidades del Valle de Aburrá y del oriente Antioqueño¹⁸ podemos encontrar que en ninguna de ellas está incluido el parto en casa, la atención por partera, el acompañamiento de las Doulas y en algunas de ellas se habla de la estrategia IAMII. Estas diferentes opciones de atención o acompañamiento del parto solo la conocen los estudiantes si el docente hace parte de alguna de las iniciativas que tenemos en el contexto.

La estrategia impulsada por las iniciativas desde la academia es precisamente dar a conocer otras opciones de parto, sin embargo, no se salen del marco institucional, afirma Rafael, uno de nuestros participantes representante de las iniciativas en la academia, que aún no estamos preparados para ello *“no vuelvo a participar en estos partos en casa, gustándome y creo que es un momento, un sitio muy especial, pero no tenemos las condiciones”*.

Independiente que sea un parto normal o parto por cesárea se promueve por parte de los representantes a nivel académico de las iniciativas en la institución, el respeto por los derechos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos que conlleven a su bienestar durante este proceso.

En la observación realizada a la actividad académica “Estrategia IAMII” dirigida a estudiantes del área de la salud y en el encuentro de ciudad organizado por las iniciativas podemos encontrar que a nivel de la academia el tema se encuentra en una etapa de sensibilización y visibilización del trabajo realizado, los objetivos y las estrategias de acción planteadas son el comienzo de una movilización por la salud materna y por ende de la salud de la mujer a nivel de la academia, que aún no muestra resultados representativos, ni indicadores que den certeza del mejoramiento de

¹⁸ Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Cooperativa de Colombia, el CES, Universidad Católica de Oriente.

salud materna en el contexto pero que con sus repertorios de acción han logrado cada día más aliados que se interesan en el tema y están movilizándose desde su entorno para lograr los objetivos propuestos. Las universidades que forman personal en salud aún no incluyen oficialmente en sus currículos la atención de un parto con integración de saberes y la formación en derechos de la mujer y derechos sexuales y reproductivos, donde se reconozca el parto como un proceso natural que solo necesita acompañamiento con la mínima intervención.

13.2. Sector institucional

A diferencia de la academia, las iniciativas a nivel institucional han logrado avances representativos. Durante la observación en el encuentro de ciudad cada una de las instituciones que tienen la iniciativa de acogerse a la estrategia IAMII y que han propiciado espacios para el acompañamiento por NANAS y Doulas durante el proceso del parto, muestran estas acciones significativas para evitar complicaciones en el trabajo de parto, parto y postparto, disminuyendo así la mortalidad materna. Ejemplo de ellas tenemos una disminución en la tasa de cesáreas presentada por la institución pública que atiende más partos en la ciudad y un aumento en la satisfacción de la atención por parte de las maternas y sus familias, lo que demuestra un beneficio para la salud de las mujeres. Con la presentación de indicadores, hacen la invitación para realizar este trabajo a las otras instituciones presentes (NACER, 2015).

*“Se han mejorado indicadores de lactancia en la primera hora, el de contacto piel a piel con la madre, la mortandad materna, disminución de tasa de cesárea, disminución de medicación, la encuesta de satisfacción es del 100% y el 98% eso es muy significativo dentro de una institución”
(Otto)”*

La etapa de sensibilización a nivel interno en la institución fue un trabajo constante y afirman sus impulsores que dicha sensibilización nunca termina; se siguen presentando dificultades por la formación de los trabajadores en salud quienes vienen con un paradigma implantado a quienes se les dificulta el “cambio de chip”.

“uno sensibilizar a todo el personal y cambiar el “chip”, es muy difícil, pero hay que lograrlo, y yo creo que nos va a llevar años cambiarlo. Si desde la universidad no lo logramos cambiar, es muy difícil cuando llegan a la etapa del trabajo productivo, empezarles a cambiar toda esa forma de pensar” (Rebeca).

Sin embargo, podemos ver acciones de sensibilización que movilizan intereses en favor de la salud materna y el punto a favor en la institución estudiada, es que tiene acceso a sus acciones todo tipo de mujer sin distinción de estrato, raza, religión o alguna otra diferencia.

13.3. Sector de las agrupaciones

Las agrupaciones por su parte aportan y se movilizan en pro de la salud de las mujeres desde un trabajo más de información, cualquier persona con acceso a internet pueden asesorarse con cada uno de los integrantes de las iniciativas y participar de algunos de los eventos que son gratuitos. Para estas agrupaciones las mujeres informadas y conocedoras de sus derechos los defienden con más propiedad. En cuanto a los servicios de acompañamiento, parto en casa y cursos profilácticos durante el embarazo, sólo tiene acceso quien tenga la manera de pagarlo o hacer algún trueque o intercambio por el servicio. A excepción del curso de yoga prenatal que se ofrece en el oriente Antioqueño, municipio de Rionegro.

Si bien el acceso al servicio de acompañamiento es costoso y no está al alcance de todas las mujeres, las iniciativas a nivel grupal ofrecen la capacitación al personal de salud de las

instituciones y asesoran para mejorar las condiciones de atención del parto en hospitales y clínicas, solo requieren que haya voluntad política dentro de la institución para que así se vean beneficiadas todas las mujeres.

La voluntad política para acoger a las iniciativas con sus discursos es un punto álgido en las instituciones de salud, ya que la mayoría de las instituciones están impregnadas del paradigma biomédico el cual dificulta el cambio. Sin embargo, no desvanecen en el intento y es aquí donde se ve su movilización a favor de la salud de las mujeres; tratando de cambiar el pensamiento médico hacia un beneficio colectivo integrando saberes para disminuir las intervenciones medicalizadas y aumentar los partos normales basados en evidencia científico técnica, capacitan y sensibilizan a los trabajadores de salud.

En el caso de las NANAS que son una agrupación voluntaria, su movilización por la salud materna se ve reflejada en el trabajo voluntario de acompañamiento que realizan dentro de la institución de salud, ya que ellas no hacen su labor por fuera, así pues, que los resultados se ven reflejados a nivel institucional.

13.4. Sector individual

La movilización de intereses a favor de la salud materna en el caso del trabajo individual, se refleja en contextos muy pequeños. Tanto Doulas, nutricionistas, médicos y demás enfocan su trabajo en la familia que atienden, así pues, que el cambio se realiza en esos pequeños entornos. Los intereses estarían enfocados en la salud de esa mujer a quien se le realiza el acompañamiento. *“quiero apostarle a cosas más simples y más reales que a cosas tan grandes” (Carmen)*

Es de anotar, que la familia es considerada el núcleo social y es desde allí desde donde se generan grandes cambios; nuestros participantes reportan experiencias positivas que han generado partos y nacimientos felices y le apuestan al cambio de conciencia individual, comenzar desde cada uno de nosotros a pensar, reflexionar y exigir nuestros derechos.

“vámonos a lo real, para mí ha sido como eso, ¿para mí qué es lo real?, acompañar a esa mujer, acompañar a esa familia, llenarles de información, invitar a esa mujer a que se vuelva la dueña de su propio proceso, y que sea ella la que, cuando está de cara a la institución, así esté pariendo, así esté en planeta parto, así esté en todo ese estado que genera el parto, pues que pueda ser ella misma quien diga quiero o no quiero” (Carmen)

Si bien le apuestan al trabajo desde cada familia, los participantes que realizan su labor a nivel individual, también han hecho parte de las agrupaciones y aún siguen haciéndolo, solo que ya no son tan constantes, muchos de ellos se alejaron un poco del trabajo colectivo por el cansancio y desgaste que este genera, pero afirman que siguen en la lucha y le dan la importancia a la información que de manera individual se le da a la madre para que se empodere y defienda su parto. *“Si tú tienes información y tienes conocimiento, no importa de qué estrato social seas y no importa que dinero tengas, luchas con la misma pasión por lograr un parto digno” (Lucy).*

14. LOS SIGNIFICADOS PARA LOS ACTORES: “CÚMULO DE EMOCIONES”:

El siguiente apartado describe los significados que, para los actores, tiene la participación en las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos. La participación en las diferentes iniciativas genera un cúmulo de emociones entre las que sobresalen: primero, la exaltación del amor como sentimiento y valor que guía las acciones de acompañamiento a las mujeres durante la gestación y el parto y moviliza las acciones de solidaridad y acción conjunta en busca de la transformación del paradigma biomédico de atención. Segundo, la restitución social y cultural del sentido

natural del parto y de la maternidad. Este aspecto se ve como un proyecto de elección personal y de resignificación profesional; ya que en las visiones de integración de saberes en la atención del parto confluyen discursos de distinta inspiración y fundamentación epistémica que obliga el trabajo en equipo interdisciplinario y un diálogo entre los diferentes saberes. Tercero, estos aspectos confluyen en una importante preocupación académica, práctica y política de los participantes por la transformación del paradigma biomédico en la atención del parto y el nacimiento, que incluya la integración de saberes en el contexto local.

14.1. Exaltación del amor: *el amor nos inspira y nos junta.*

“Mientras haya amor [...]el amor es: el amor por el otro, el amor por la vida, el amor por lo que hacemos. El amor es lo que mueve esto, esto es lo único... y eso es lo que nos hace sentirnos seres útiles, válidos, importantes unos para otros, respetuosos, confiables unos con otros, que tengamos confianza, que tengamos seguridad en seguir construyendo un mundo, a pesar de todo, el amor” (Rafael).

Los testimonios de quienes participaron en este estudio dan cuenta del lugar protagónico que se asigna al amor en las tareas de acompañamiento a la gestación y el parto. Se ve reflejado en actitudes tales como la compasión por el otro, el placer y el gusto por hacer las cosas bien y la defensa de la libertad manifiesta en la toma de decisiones libres.

Quienes participan de las iniciativas en estudio buscan *“ayudar a transformar un poquito a la humanidad, que el mundo sueñe con ser más amoroso y para ser más amoroso hay que tener más compasión, y para transformar y evitar tanta agresividad, tenemos que empezar desde la gestación y el parto” (Lucy).*

La compasión es uno de los constructos éticos del cuidado, se define como una virtud moral, es percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, como una experiencia propia. Quien logra

esto, tratará de hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar la situación del otro (Torralba Rosello, 2002) . La compasión se entiende como un “*sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien*”¹⁹, pero más que el sentimiento y la identificación del sufrimiento del otro, la compasión se refiere a colocarse en el lugar del otro, al hecho de estar al servicio del otro, atendiendo sus necesidades y defendiendo sus derechos sin esperar nada a cambio. “*La felicidad de la mujer y la familia que atraviesan el proceso del parto es lo más gratificante*” (Estela). Para Anita,

“Se crea, pues, como esa sintonía de empezar a luchar, por así decirlo, por los derechos de las mujeres en ese momento... entonces hay que informar a las mamás para que sus derechos y sus partos no sigan siendo... pues, no sean así, tan vulnerados... que al menos [las mujeres] pregunten, pero, pero por qué me tiene que hacer eso, [...] que reconozca en qué momento se puede estar vulnerando sus derechos, que aprenda a reconocerlos” (Anita)

En general, quienes participaron en este estudio hablaron con pasión sobre el tema, manifestaron dedicación y compromiso para con los diferentes repertorios de acción que realizan en pro de la atención del parto. En todo momento, mostraron apertura y disponibilidad para brindar información, las lágrimas y voces quebradas por la emoción fueron constantes durante las entrevistas, lo mismo que la manifestación del deseo de seguir adelante en sus propósitos, a pesar de las dificultades que encuentran en el medio.

El amor no es solo un sentimiento, sino también una decisión consciente y racional de respetar y abrazar al otro que es distinto a uno, tanto desde la perspectiva individual como colectiva; entiende el amor como la energía que impulsa la expansión de los lazos de solidaridad entre los seres humanos (Yasukawa, 2014). “*La idea es tratar al otro como si fuera mi mamá, como si*

¹⁹ Diccionario de la real Academia de la Lengua Española—RAE—.

fuera mi hermana, si fuera mi hija, ¿cómo la trataríamos? Entonces eso también es una manera de defender los derechos de ellas” (Estela) entendiendo, que cada uno de nosotros somos distintos, particulares, con nuestras propias aspiraciones y orientaciones.

14.1.1. Desarrollo personal

“Realizar lo que amo significa para mí, desarrollo personal y profesional, es mucha satisfacción (Otto)

Para esta investigación, se entiende el amor como decisión consciente, como la determinación de tomar este camino en sus vidas en búsqueda de la realización personal y profesional, asumiendo un compromiso en pro de un colectivo, las mujeres. *“Más que una labor es una misión, es ayudar a transformar un poquito a la humanidad” (Lucy).*

Como expresa Otto, hacer lo que se ama conlleva a la realización personal, entendida como la satisfacción de estar realizando lo que se quiere para la vida y tomar la decisión de hacer lo que satisface. Así lo hicieron algunas de las Doulas participantes en esta investigación, dejaron sus carreras profesionales para dedicarse solo a “duliar”²⁰. *“Yo conocía la clínica la primavera de Ecuador que voy cada año una o dos veces a certificar y a apoyar la clínica, también a “duliar” que es lo que me gusta, acompañar partos” (Lucy).*

Tomar la decisión de participar de las iniciativas ha proporcionado cambios en la vida y los procesos personales de sus integrantes y aunque son múltiples las motivaciones que los llevaron a hacer parte de ellas, todos sus testimonios coinciden en el deseo de servir a los demás y la satisfacción y felicidad que esto les propicia.

²⁰ Duliar es un término empleado por Lucy, una de las Doulas participantes en esta investigación, se refiere a la realización del oficio de la doula.

“En la decisión de formarme como Doula, fue más como un llamado interno, un llamado de mi alma, de mi corazón, digamos como resultado de un proceso interno y personal de mi propia vivencia como mujer de la significación de mi cuerpo, de reconexión, pues con mi útero... también es mi proceso personal y en esto que estoy me he declarado al servicio... en tu proceso personal, eso también está significando cosas, estás renaciendo en una parte de ti misma” (Carmen).

Gozar, disfrutar, estar feliz, son componentes de la realización personal que expresan los participantes, el amor por lo que se hace, haber tomado esa decisión en sus vidas, de compromiso social, los ha llevado algunos de ellos a un estado de satisfacción total.

“[es] el momento más importante de mi vida, mi último tercio, yo he aprendido con esto que la vida tiene tres tercios, los primeros 25 años que es la formación personal, donde tú te estás formando como persona, los siguientes 25 es donde tu disfrutas, gozas y trabajas y te da duro para construir tu estabilidad, tu familia, tu estructura, y los últimos 25 que pueden ser 30, 40, 50 años que pueden ser para gozársela, yo estoy en esa etapa, yo me estoy gozando la vida, estoy disfrutando lo que hago, yo voy a un parto y salgo lleno de energía, lleno de esperanza, yo disfruto un parto, entonces para mí en este momento ¿qué significa? es felicidad, yo estoy feliz haciendo mi trabajo, feliz, lo hago en lo personal, mi vida ha cambiado enormemente, como persona, como ser social, entonces yo estoy disfrutando lo que he construido y lo que he hecho, y lo he hecho con nobleza.” (Rafael)

La realización personal va de la mano con el crecimiento personal, esos aprendizajes significativos para la vida que lo ayudan a ser mejores personas y en esta medida son más los conocimientos que tienen para aportar a la sociedad.

“Es un proceso personal [...], un proceso en el que hay una búsqueda interior, ¿qué quería ser yo en la vida?; y la maternidad siempre estuvo como en mí [...] Es un crecimiento personal muy grande, porque nosotras, o bueno, personalmente, crezco como mamá, crezco como mujer, digamos que todos los días me emociono más y digo ¡si se puede!” (Fanny)

14.1.2. Desarrollo profesional

Adela Cortina citando Weber, define la profesión como la actividad especializada para ganar el sustento y le añade que la profesión no es solo eso, no es solo para conseguir el dinero, sino para proporcionar un bien a la sociedad, cobra sentido en la medida en que se caracterice como “actividad social cooperativa, cuya meta consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana” (Cortina, 2000) .

Los participantes le encuentran sentido a su profesión u oficio en la medida en que su labor se ve reflejada en el bienestar de las mujeres y la experiencia positiva de la atención del parto que va rompiendo con las rutinas institucionalizadas que derivan en malos tratos hacia ellas. *“Yo creo que esto es de voluntad, amor, y yo creo que lo que finalmente queremos lograr es una atención diferente” (Rebeca).*

Poner en marcha la atención del parto en el marco de los derechos de las mujeres genera la satisfacción del deber cumplido, no como una obligación, sino como una convicción que beneficia a la sociedad en general.

“Esto significa para mi desarrollo profesional y personal, uno ve que le aporta mucho a las mamás y a los niños de acá, y al resto de población con esta filosofía, es mucha satisfacción... a nivel profesional uno estudia, como para dejar una semillita de algo” (Otto)

Pero transformar la atención del parto requiere de trabajo interdisciplinario, donde cada profesión desde sus bases aporte al logro de los objetivos. El compartir sus experiencias con diferentes profesiones y oficios ha hecho crecer a los participantes en conocimiento y sabiduría para seguir en la labor.

La verdad, este cuento de agruparnos y de emocionarnos y de enamorarnos y de reencontrarnos con una cantidad de cosas tan lindas que nos conectan en el corazón, por nuestras propias experiencias vitales y familiares, me han hecho encontrar gente muy, muy linda, que yo siento que son seres humanos maravillosos” (Anita).

Entre las profesiones u oficios de los participantes podemos encontrar, la medicina, el derecho, la partería, Doulas, Comunicadoras, trabajadoras sociales, Profesores de Yoga, voluntarias, entre otros, que han enfocado su quehacer a la transformación del paradigma biomédico de atención integrando sus saberes para brindar una atención holística a las mujeres. *“tenemos el llamado a recomponer el camino y a sostener y a transformar desde el amor” (Carmen).*

“Primero es una parte, fundamental de mí quehacer, es tener un grupo de apoyo a nivel profesional, nosotros exponemos casos cuando nos reunimos

[...] si estás trabajando como independiente te desvinculas, entonces también es una manera de estar como vinculada con el grupo de profesionales y el desarrollo de su profesión” (Anita).

Encontrándole sentido a su profesión u oficio y trabajando en equipo con personas que tienen el mismo objetivo, hace que el amor por lo que se hace se convierta en una decisión consciente de comprometerse con la sociedad.

“los profesionales de Colombia estamos saliendo para un mercado, para una sociedad de consumo, no para una sociedad en construcción, una sociedad de crecimiento colectivo, hacemos muchos ejercicios alrededor de esa protección social, lógicamente, no puedo decir que todos, pero es necesario cambiar la perspectiva en la formación de Colombia, Colombia necesita sacar profesionales muy conscientes, muy conscientes de su compromiso social, de su compromiso con la comunidad” (Rafael).

El Amor como decisión, lo ven como una necesidad urgente en el personal de salud que labora en los servicios obstétricos y que se está formando para ello, de no generarse ese cambio se estará lejos de lograr la transformación en la atención del parto. Testimonios afirman la falta de preparación del personal de salud y esa falta de amor por el otro, por lo que se hace y por el tema de la maternidad.

“En la clínica nos dijeron: la formación profesional de los médicos en Colombia no atiende a estos paradigmas, o sea los médicos no están formados para atenderla de esa forma. ¡Ah!, también nos dijeron que el

parto humanizado era una tendencia mundial pero que no era precisamente lo que se aplicaba en Colombia... [Adicionalmente] con las enfermeras era difícil, yo creo que tengo que decirte que me genera como muchas preguntas y mucha desazón también el rol de las enfermeras dentro de la atención al parto, que, siendo mujeres, son muy fuertes en la atención, tratan a la gestante como les enseñaron los hombres y cuando miras los estudios que se han hecho de violencia obstétrica las principales generadoras de violencia obstétrica son las enfermeras”(Carmen).

Los participantes encuentran en sus colegas esa falta de sentido profesional que le da significado a su participación en las iniciativas, a partir de ello refieren la necesidad de un cambio, no solo en los profesionales que atienden el parto, sino también desde la academia, la formación debe enfocarse en la atención de un parto integrando saberes, con el respeto de los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos y por supuesto que exista ese amor por el otro, por lo que se hace y por el tema de la maternidad y la crianza.

“La educación a los futuros profesionales, para mi es uno de los pilares, porque es que estamos hablando con los futuros acompañantes del parto, pero los que están ahora, igual también se tienen que capacitar, entonces, eso, eso tiene muchos puntos, la academia, los profesionales y las mamás, todos deben estar empoderados” (Anita).

14.2. Restitución social y cultural del sentido natural del parto: *nos enamoramos de la maternidad*

Los participantes se “enamoraron de la maternidad”, ese amor por el tema ha propiciado la

unión que los ha llevado a conformar grupos y trabajar sin ánimo de lucro.

“Pues yo creo que realmente, esto enamora, cada vez que uno cumple con una meta o con un paso, dice ¿Qué más puedo hacer? ¿Qué más quiero cambiar?, ¿qué más quiero hacer?, y cuando uno ve resultados tan bonitos y ve mamás felices, yo creo que uno cada vez se enamora más” (Rebeca).

Cuando se habla de restitución social y cultural del sentido natural del parto se habla de recuperar, primero que todo, la confianza de las mujeres en sus capacidades físicas y fisiológicas para gestar y parir. Esa confianza la han perdido las mujeres tras la institucionalización del parto y ha sido uno de los puntos más discutidos en la literatura feminista. Wolfensberger, citada por Onrubia, habla de este tema relacionándolo con la humanización del parto

Cosificadas, infantilizadas y desposeídas de cualquier toma de decisión, el cuerpo de las mujeres ha sido el campo de la batalla a dominar por los distintos intereses patriarcales de la esfera pública y privada. Históricamente nos hemos visto sometidas a toda clase de imposiciones legislativas, maritales, religiosas, sociales, éticas y estéticas que nos han relegado a un segundo plano, cuando no al “exilio”, en el control sobre nuestros cuerpos (Onrubia, 2013, pág. 1).

Este fue uno de los puntos de reflexión expuestos en el encuentro de ciudad realizado por las iniciativas en el 2015, varios expositores lo mencionaban en sus presentaciones: cuando se instaure la biomédicina y la tecnologización del parto, se separa la mente del cuerpo, esto hace que el cuerpo sea dominable por el que sabe y tiene el poder [la medicina]. Así, se crea en la

mujer el miedo, basado en el desconocimiento de sus propios procesos naturales y sus capacidades para parir.

[...] hasta en esta materia nuestra toma de decisión se ve coartada por un discurso que deliberadamente infravalora nuestra capacidad natural. Unas veces con la fe en la ciencia y la modernidad como bandera, otras evocando los fantasmas del “peligro” y otras muchas simplemente por la mecanización del proceso de parto, éste ha quedado deshumanizado y las instituciones médicas se han apoderado del derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo y sexualidad. (Onrubia, 2013, pág. 1)

Se crea una *“falsa confianza femenina con un cuerpo dominado y una mente subordinada”*²¹. Las maternas depositan su confianza en el médico dejando de lado la confianza en sí mismas. La recuperación de esta confianza se presenta entonces cuando aparece alguien con un discurso diferente. Así lo manifiesta una madre en su testimonio expuesto en el evento, dirigiéndose a su doula dice: *“me recordaste como debía respirar, como moverme para dar a luz, me recordaste ese instinto perdido en el bullicio de la modernidad”*²².

Este dominio sobre el cuerpo femenino y sus procesos obedece a una lógica de despojo, en la que otros se apropian de *“lo que se considera como propio, de aquello a lo que se le atribuye valor”* (Jaramillo, 2013, pág. 50). Este despojo también se refleja en los distintos cambios que ha tenido el concepto de maternidad en la historia. Molina (2006), analiza las transformaciones

²¹ Conferencista Bernardo Agudelo. Parto respetado, protegido y consentido, Medellín y Antioquia asumen el reto, noviembre de 2015. Recuperado de: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicas-salud/nacer/eventos>

²² Conferencista Adriana Vélez. Parto respetado, protegido y consentido, Medellín y Antioquia asumen el reto, noviembre de 2015. Recuperado de: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicas-salud/nacer/eventos>

histórico culturales de la maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer, explica en su artículo, que el concepto de maternidad es un conjunto de creencias en donde su significado evoluciona constantemente.

En la mitología griega, la madre era la diosa adorada símbolo de fertilidad, donde germinaba la vida, pero posteriormente esto cambia a un modelo patriarcal dominador, convirtiéndose en la esposa subordinada, los griegos sostenían, que el padre es quien engendra y la mujer era solo un depositario del germen en sus entrañas. La madre Judeo cristiana era vista como símbolo del mal y tentadora del hombre, pero posteriormente, con la imagen de la Virgen María se revaloriza la mujer como consagrada al hogar y dedicada a sus hijos. En la edad media, la mujer se relaciona con fertilidad, procreación, gestación, parto, amamantamiento, la madre como función netamente nutricia. Pasando a la era romántica, existía una dedicación a la vida privada del hogar, la mujer no hacía parte de lo público, es el hombre quien sale a trabajar, quedando ella a cargo de la crianza y proveyendo los cuidados médicos (Molina, 2006) .

Al llegar a la era moderna, pierde su rol de cuidadora proveedora de salud, se les desconocen sus saberes, las madres son consideradas incompetentes y deben ser criadas para la maternidad ya que no están preparadas para la crianza de los niños pues la maternidad se concebía como el objetivo central de la vida de las mujeres por su vínculo con la naturaleza. La madre en la era postmoderna asume muchos más roles que el solo hecho de ser madre, asume roles profesionales, laborales, familiares, de pareja, que las hace sentir con exceso de responsabilidades; es así como la maternidad no es la única condición que define a la mujer y su valor como persona (Molina, 2006).

Todos estos cambios han dado a la maternidad varios significados y conceptos durante la historia, de los cuales los participantes quieren tomar lo mejor de cada época y reconceptualizar la maternidad sin olvidar algunos atributos de cada era. El valor real estaría en el reconocimiento de esa capacidad de maternar que tiene la mujer, sin ser la condición que la defina como persona, es así que, al ser un valor agregado, tiene toda la libertad para decidir o no desarrollar su capacidad de traer vida al mundo, sin ser señalada o juzgada por la decisión de no hacerlo y sin

demeritar el valor de la maternidad a las que deciden pasar por ese proceso. Carmen reconoce esa conexión con la maternidad y los deseos de pasar por ese proceso:

“para mi hacer esto es como un llamado interno, un llamado de mi alma, de mi corazón, digamos como resultado de un proceso interno y personal de mi propia vivencia como mujer de la significación de mi cuerpo, de reconexión, pues con mi útero, de resignificar la maternidad en mi vida, no solo mi relación con mi madre, sino la decisión de maternar también en este plano, eso es un poco ahí, están pasando un montón de cosas a nivel interno conmigo (Carmen)

Si bien como lo dice Molina, la maternidad no es la única condición que define la mujer y el valor que tiene como persona (Molina, 2006); se puede afirmar que, los participantes pretenden reconceptualizar la maternidad de manera que se reconozca su valor en el proyecto de vida de algunas mujeres, su valor agregado en términos reconocimiento social y el poder de su cuerpo para dar vida, sin perder de vista el derecho de las mujeres a jugar diversos roles en la sociedad. En definitiva, buscan que la maternidad sea una decisión consciente, guiada por el amor, valorando la capacidad femenina tanto física como mental para dar a luz y exigiendo respeto en este proceso.

“esto es lo que yo quiero hacer en mi vida” ...tenía toda una base de resignificación del femenino...como volvemos a comprender el parto como una parte de nuestros procesos orgánicos, fisiológicos, naturales, esenciales, y que eso lo tenemos que sacar de todo el discurso patriarcal y hegemónico que hemos vivido nosotras las mujeres de esta historia, entonces tenía una base que para mí era exquisita...las mujeres hemos

entrado en otra lógica, ya no somos la mujer que está en casa, cada vez estamos más afuera, más en ser profesionales, en el auto, en la cuenta bancaria, en todo esto que nos pone el sistema, no es que esto sea malo, pero nos ha desconectado de lo esencial y de nuestro cuerpo y sus procesos fisiológicos como sangrar y dar a luz, esto nos pone a recuperar esa memoria ancestral...el significado para mí es muy profundo, es muy indescriptible, es como gestarte y volverte a parir, es como parir otra parte de tu ser, parir otra parte de tu alma, es estar al servicio, es verte a través de la otra, es permitirte renacer en cada proceso, es muy profundo”(Carmen)

En este proceso de restitución del valor de la maternidad, implica para los participantes mirar críticamente algunos discursos feministas que, según ellos, asociaron el significado de ser madre con falta de libertad, lo que desconectó a las mujeres con su esencia.

“Anteriormente no me bajaba como de las banderas del feminismo, de la libertad, de la falsa libertad... Honro profundamente el movimiento feminista, honro que gracias a tantas mujeres valientes nosotras hoy podemos estar acá sentadas hablando de estas cosas, podemos conducir un auto, podemos tener una cuenta bancaria... cómo no honrar lo que otras hicieron. Lo que pasa es que nos llevó a otro lado, que nos desconectó un montón, como que eso era importante pero no era lo esencial, me baje de las banderas, y claro, sigo defendiendo los derechos de las mujeres, de la igualdad, de la equidad, pero lo hago desde otro lado, desde otro lado que para mí es más profundo, para mí es más verdadero, para mí es más desde el espíritu, ya nos dimos cuenta que podemos estudiar, que podemos tener la cuenta bancaria y puedes comprarte todo lo que quieras, eso es lo que te

pide el sistema, y ¿ahora qué?...todo el universo viene de una mujer y las mujeres somos las responsables, no en términos de responsabilidad de carga, sino que tenemos el llamado a recomponer el camino y a sostener y a transformar desde el amor y para eso no tenemos ninguna otra opción que volver a nuestra esencia, y nuestra esencia, no estoy diciendo que nuestra esencia sea quedarnos en la casa lavando platos y teniendo hijos, estoy diciendo que nuestra esencia es encontrar el justo equilibrio en eso que somos realmente y hacerlos desde el amor y no pelearnos ni con lo uno ni con lo otro, o sea, no te peleas con la posibilidad de tener una cuenta bancaria y comprarte lo que quieras, pero tampoco te peleas con la posibilidad de ser mamá y sostener la vida y querer también entregarle otras semillas a la humanidad” (Lucero).

El encuentro del justo equilibrio del que habla Lucero, es cumplir con esos roles que se han logrado en la sociedad, seguir defendiendo la equidad de género y los derechos luchados y ganados, pero sin dejar u olvidar ese valor agregado que solo el cuerpo y la mente de la mujer puede hacer de la “la maternidad” una decisión respetable y que las mujeres que decidan no ser madres lo hagan reconociendo su capacidad innata de serlo.

Es con todos estos elementos que quienes participaron en esta investigación desean una reconceptualización de la maternidad, repensándola como un fenómeno integrador, como un “*factor de riqueza social*”. Este término es utilizado en la ordenanza de la Asamblea Departamental de Antioquia, por la cual se crea la política pública departamental *Buen Comienzo, Antioquia*, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y niñas desde la gestación y durante su primera infancia en el departamento de Antioquia.

Dicha política se basa en cuatro factores que fundamentan el desarrollo integral de niños y niñas y hacen parte del desarrollo de la maternidad de las mujeres, estos son: generación de vida con conciencia, parto y nacimiento, el amamantamiento, los vínculos afectivos y la crianza

(Asamblea Departamental de Antioquia, 2015).

Con todo lo anterior, podemos entender que el lema *la maternidad como riqueza social*, busca sustentar y afirmar la restitución social y cultural del sentido natural de la maternidad y los procesos asociados a ella, tales como el parto.

14.3. Motivación para transformar un paradigma: “Tenemos el llamado a recomponer el camino y a sostener y a transformar desde el amor”

Según Kuhn, los paradigmas son un modelo o patrón aceptado, “son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 2004, pág. 13). En el marco de esta investigación, el paradigma biomédico con su modelo de atención, ha proporcionado soluciones a múltiples problemas de salud que, si bien ha salvado vidas con sus desarrollos, también ha llegado al alcance de medicalizar y patologizar procesos naturales que no lo requerían; como lo es el caso de la atención del parto. Lo anterior ha generado tensiones alrededor de las cuales la sociedad se manifiesta con una propuesta de transformación.

Transformar un paradigma implica, que sus miembros o seguidores se abran a las nuevas propuestas; pero siempre habrá quienes se aferren a las viejas ideas. Un nuevo paradigma requiere definiciones nuevas y más rígidas del campo (Kuhn, 2004). Martínez plantea, que las ciencias biomédicas han evolucionado, pero a su vez han revolucionado, la evolución referente a los avances y cambios hacia algo más de lo mismo y la revolución en el sentido de cambiar hacia algo diferente. Esos cambios se refieren a la modificación del paradigma a causa de la insatisfacción que está proporcionando el paradigma predominante que en este caso es el biomédico, iniciando presiones por parte de la sociedad para generar un cambio (Rivero & Tanimoto, 2005).

Este es el caso que surge en esta investigación, un malestar social por las tensiones que se

presentan alrededor de la atención del parto. Una de las grandes emociones que se refleja en los testimonios es la motivación para seguir adelante y lograr grandes cambios, especialmente en el paradigma biomédico, el cual es considerado como el causante principal de la medicalización del parto y de las prácticas innecesarias realizadas durante la atención de este. Lo dice Rafael en la entrevista: *“soy consciente hoy que en mi modelo médico como me lo enseñaron tenía algunas opciones médicas, obstétricas, que realmente no son necesarias”*.

La búsqueda de dicha transformación da significado a la participación de los actores en las diferentes iniciativas de atención del parto. Los participantes, de manera individual o colectiva, en grandes o pequeños contextos tienen como visión a largo plazo la transformación anhelada. *“es de verdad sentir que estoy contribuyendo de verdad, para que a mis hijos les toque algo distinto, algo diferente”* (Estela).

La motivación y la esperanza de cambio persisten a pesar de las dificultades, se convierte en una visión a futuro, una visión que aun sin tener una fecha de cumplimiento cuenta con persistencia para lograrla.

“A veces soñamos mucho y que la realidad es otra, pero que también se puede asentar esa realidad y decir “bueno vamos a hacerlo”, a veces me lleno como de valentía y digo “¡si lo vamos a lograr!” otras veces me provoca tirar la toalla y decir ya no quiero más, pero hay una cosa que te jala a seguir... los niños, mi hija...yo digo, ¡que estamos haciendo con la sociedad!, si un niño nace mal es una mamá que va a quedar mal, y cómo va a criar ese niño y cómo estamos cuidando la sociedad, Michael Odent lo dice: “tal como naces así vives”. (Fanny).

Lo consideran difícil, pero no imposible y reconocen que falta mucho tiempo para que este deseo se cumpla, pero no se pierden las esperanzas. Reconocen que la transformación de un

paradigma necesita tiempo, esfuerzos, dedicación y sobre todo unión.

“Todas llegan a mamás tejiendo caminos porque tienen una búsqueda concreta en toda esta construcción de un nuevo paradigma en el parto...transformar el paradigma no es montar un nuevo paradigma, es transformar el que existe y abrirlo, que las mujeres simplemente podamos parir como queramos parir...yo tengo mucha esperanza, siento que eso algún día va a pasar ... me esperanza mucho toda esta labor que viene haciendo Acunando, bueno hoy los estudiantes de medicina están pasando por la academia y les están diciendo que hay otra forma de atender al parto” (Carmen).

14.3.1. Dificultades en el camino de la transformación

Con los repertorios de acción descritos anteriormente y los significados que los actores le atañen a su participación, las iniciativas han tenido logros que van desde la satisfacción de las mujeres gestantes a nivel individual y familiar, pasando por la continuidad del trabajo por cumplir unos objetivos planteados, en el que cada vez se le van uniendo académicos, agrupaciones e instituciones que ponen el tema en la mesa la discusión, llegando al punto de visionar una transformación del paradigma biomédico en el cual se desarrolla la atención del parto en el contexto estudiado. En palabras de los participantes, hay una necesidad de transformación del paradigma biomédico, *“el gran problema del cambio del paradigma son el personal médico...esa es la gran resistencia...hay miedo al cambio” (Lucy)*. Es *“difícil, difícil romperles los paradigmas a los doctores, los doctores son muy poseídos de sus conceptos de sus conocimientos” (Rafael)*.

Rebeca identifica un requerimiento indispensable para la transformación del paradigma y se refiere a un cambio de pensamiento, no sólo en los trabajadores de salud, sino también, desde la formación a los nuevos profesionales.

“porque es un montón de paradigmas con los que nos vinieron enseñando toda la vida de cómo atender el parto y ahorita venir a enseñar de que la mamá puede tomar sus decisiones, de que es una paciente sana, esa es la parte difícil del cuento...uno sensibilizar a todo el personal y cambiar el “chip”, va a llevar años cambiarlo” (Rebeca).

No se puede desconocer las dificultades por las que han atravesado las iniciativas para incursionar con sus discursos en el contexto, ha sido una tarea que amerita constancia, dedicación, disciplina, esfuerzos económicos, motivación, conocimiento del tema y amor por lo que se está haciendo; pero la mayor de todas y como ya fue planteado en voz de los participantes es la transformación del paradigma biomédico.

El paradigma biomédico acompañado del ego de los profesionales de la salud, en especial de los médicos, y la dificultad para concebir o aceptar otras formas de atención del parto donde el protagonismo sea de la gestante y no del personal médico, se ha convertido en un obstáculo para lograr los objetivos de las iniciativas. Además, el aceptar dejar de un lado la medicalización para dar un paso a la atención de un parto enfocados en el acompañamiento de un proceso natural, se identificó como barrera en el proceso de sensibilización; sumado a ello muchas mujeres están convencidas que la cesárea es la mejor alternativa para parir, desconociendo, los riesgos que esta trae consigo.

Los cambios van a ser muy difíciles de implementar si no se logra mayor integración de saberes en el proceso de formación de los profesionales de la salud.

Desde la academia misma se reconoce que la transformación de un paradigma y fomentar la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el contexto, inicia desde la formación del nuevo personal de salud. Sin embargo, como ha sido mencionado, los gestores o

formadores de nuevos profesionales, que han querido introducir variaciones en la formación de profesionales de la salud se encuentran con una tarea difícil, puesto que existe fuerte oposición a sus propuestas que tratan de ridiculizar el trabajo adelantado.

Cuando el personal de salud empieza a transformarse, aceptar que existe la violencia obstétrica y a generar un cambio en su manera de trabajar, atender partos y educar a las mujeres y a los nuevos profesionales, han encontrado un rechazo entre sus colegas; los cuales, tratan de ridiculizarlos por los cambios que realizan, tachándolos de brujas y de Hippies, *“decían los colegas: “está volviendo la obstetricia de brujos y de hippies [...] de locas” bueno, todo peyorativo, pero obviamente como dice Martha Nussbaum: cuando tú quieres bloquear algo y negar algo simplemente lo ridiculizas, y si lo ridiculizas ya lo sometes” (Rafael).*

14.3.1.1. Poco compromiso con los lineamientos internacionales sobre atención del parto.

Refieren los participantes que todo lo que ellos profesan y defienden sobre el parto natural ya está estudiado e investigado a nivel internacional, además desde la organización mundial de la salud se apoya el discurso del parto natural y recomienda dejar de lado la medicalización del mismo. Sin embargo, no hay compromiso con estas recomendaciones por parte de las instituciones de salud y el personal que allí labora.

Esto se refleja en la falta de voluntad política para llevar a las instituciones a un cambio de la forma de atención del parto, que esté encaminado, hacia un enfoque con perspectiva de derecho y perspectiva de género. Por no tener en el País una ley que obligue al cumplimiento de los lineamientos internacionales y las recomendaciones de la atención del parto, queda a la voluntad de los dirigentes de turno potenciar o no las estrategias planteadas, ejemplo de ello es el retraso en el proceso de certificación IAMII, la cual favorecería de manera importante el objetivo de las iniciativas y la transformación del paradigma.

Si bien algunas instituciones tienen la voluntad política para la implementación de la estrategia,

la evaluación para la certificación por parte del Ministerio de Salud se ha retrasado, es tanto, que para el 2017, no hay ninguna institución certificada en el país con la IAMII actualizada versión 2016.

La voluntad se convierte en una clave para el cambio, esto se relaciona con el amor como decisión ya que la voluntad de hacer las cosas requiere un compromiso, que para este caso es un compromiso de estudio no solo de asuntos médicos del parto, sino también de los factores socioculturales y políticos que lo rodean; se requiere compromiso de búsqueda en cuanto a mejores niveles de realización personal y profesional; es necesario ampliar la visión del mundo para dar cabida a otras alternativas de atención, no solo la aprendida en la academia.

“De la voluntad depende el cambio de chip, hay que documentarse, nuestro subdesarrollo está en eso, no leemos, no nos documentamos, somos muy soberbios en ese sentido, nos creemos superiores, tenemos que hacer una reflexión profunda de quién somos y por qué estamos aquí y para qué estamos, qué es un ser humano, eso es una reflexión desde lo filosófico, para uno poderse reconocer como un ser humano al servicio de otro ser humano, entonces si hacemos esa reflexión, nos capacitamos y nos preparamos frente a las cosas que el mundo está ofreciendo y somos críticos y podemos aceptar el cambio, dejamos de ser subdesarrollados”
(Rafael).

En la medida en que los trabajadores de salud y el personal en formación se informen, debatan y amplíen su visión tendrán bases para repensar la atención del parto y el nacimiento en el contexto.

“hay que cambiar el discurso, hay que hacer una reprogramación, una programación de neurolingüística, hay que repensarnos y enseñarles a los niños desde pequeños a pensarse, yo me sueño con un programa académico desde la infancia, donde los niños desde pequeños se empiecen a pensar” (Rafael).

Al final de todo consideran que la transformación de paradigma es una gran lucha y como tal requiere de esfuerzos, dedicación y compromiso.

“Mira, falta demasiado, por más esfuerzos igual somos pocas las personas, pero me imagino que así deben ser las grandes luchas, como que avanzamos, retrocedemos, y volvemos, a veces pienso que mis hijos también les va a tocar luchar”. (Lucy).

“Claro, yo estoy convencida que vamos a generar, a nuestros hijos les vamos a dejar una mejor ciudad, y que en realidad estamos siendo pioneras, estamos marcando un camino...yo a veces me siento impotente, porque yo quisiera hacer más pero no tengo la capacidad, ¡no tengo la capacidad de hacer más!, que rico a nivel de estado, se pueda brindar más ayuda, y unirnos y de verdad cambiar la ciudad” (Estela).

Esta falta de voluntad, se encuentra reflejada también en el personal de salud, de los cuales depende que la atención sea de calidad y calidez para las mujeres gestantes, y en la discontinuidad de los procesos de las iniciativas mismas. Existen pausas en sus actividades, ya sea por cansancio de sus miembros dadas las dificultades que se les presentan, cambio de dirigentes en las instituciones y circunstancias personales que hacen que los líderes se retiren

temporalmente de las actividades.

Los participantes de esta investigación reconocen que la unión entre las iniciativas es una estrategia fuerte de acción para abordar la problemática de la atención formal del parto en el contexto y trabajar juntos por una transformación del paradigma que integre saberes para brindar una atención holística; sin embargo, el avance ha sido lento configurándose esto en una dificultad para el logro de los objetivos, pero a su vez reconocen que las transformaciones son lentas y los encuentros se deben aumentar, entre ellos mismos y con las instituciones de salud.

14.3.1.2. Barreras relacionadas con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Según los participantes de esta investigación, tanto personal de salud, como la gestante y su familia desconocen sus derechos, lo que es un obstáculo importante para identificar cualquier vulneración de ellos.

El presentar derechos de petición y planes de parto en las instituciones, disparó un efecto contrario a lo deseado. Las instituciones tomaban esto como una acusación de que estaban siendo violentos y daban como respuesta la negación de los planes de parto presentados; esto llevó a demandas por parte de los solicitantes, exigiendo una atención del parto respetado, si bien las demandas fueron ganadas, al llegar al parto a la institución, estas mujeres no eran vistas con buenos ojos, referían un trato déspota y con resentimiento hacia ellas. Esto llevó a que realizaran cambios en las peticiones del plan de parto, transformándolo en cartas que amorosamente, como lo llama una de las participantes de la investigación, solicitaban a la institución se le permitiera tener un acompañante y parir como la mujer lo deseara; refiere que esto les ha dado mejor resultado.

14.3.1.3. Baja visibilización de la problemática relacionada con mala práctica obstétrica

A pesar de la evidencia a nivel mundial de la medicalización del parto y la violación de los derechos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos; tanto el personal de salud como las mujeres gestantes y sus familias aún no tienen conciencia de la problemática referente a la llamada “violencia obstétrica”, muchas de las acciones que vulneran sus derechos son vistas como asuntos “naturales”, propios o necesarios en la atención del parto. Desconocen los derechos de la mujer en la atención de su gestación, parto y postparto, por lo que el tema de la visibilización y la sensibilización ha sido difícil para las iniciativas, encontrando rechazo especialmente del personal de salud.

14.3.1.4. Poca participación de los hombres

En su mayoría, participantes y miembros de las iniciativas son mujeres, son las que lideran los procesos de sensibilización ya que es la mujer quien está directamente afectada. Doulas participantes de esta investigación, afirman que los hombres están “desconectados” de la problemática y se necesita más apoyo por parte de ellos ya sea como académicos, personal que atiende el parto o también como pareja de la mujer en proceso de gestación, parto y postparto.

A pesar de todas las dificultades identificadas para transformar el modelo de atención del parto, en la literatura de dominio de los participantes se encuentra una propuesta muy específica:

“hay que balancear los tres paradigmas, el tecnocrático, humanístico y holístico, puede permitir la mejor aplicación de la mejor práctica obstétrica...pero es difícil, difícil romperles los paradigmas a los doctores, los doctores son muy poseídos de sus conceptos, de sus conocimientos”

(Rafael).

Rafael hace referencia a esto basado en Robby Davis Floyd. Esta autora habla de los principios de cada modelo de atención aplicados al parto contemporáneo, esto como resultado de investigaciones con médicos, parteras, enfermeras y madres. El modelo tecnocrático con la separación de mente y cuerpo, visión del cuerpo como máquina; el humanista con la conexión de la mente y el cuerpo, visión del cuerpo como organismo; y el holístico como la conexión entre mente, cuerpo y espíritu, con una visión del cuerpo como fuente de energía en interacción con otras energías (Davis-Flويد, 2001).

Como gran conclusión trae que la aplicación de la tecnología combinada con los valores del humanismo y el holismo podrían crear un modelo de asistencia obstétrica ideal (Davis Floyd, 2001). Siendo así, se requiere una transformación del paradigma actual, un cambio de pensamiento urgente en el personal que labora en las instituciones de atención obstétrica.

En este contexto, determinados agentes de la sociedad civil... vienen denunciando, desde la década de los 60, el modelo de parto tecnocrático, ya normalizado en muchas partes del mundo, donde prima el factor productivo por encima del humano. Este modelo médico ha conseguido construir una serie de mitos en torno a la eficacia y eficiencia de la ciencia médica en el proceso de parto que ha generalizado el intervencionismo. (Onrubia, 2013, pág. 2)

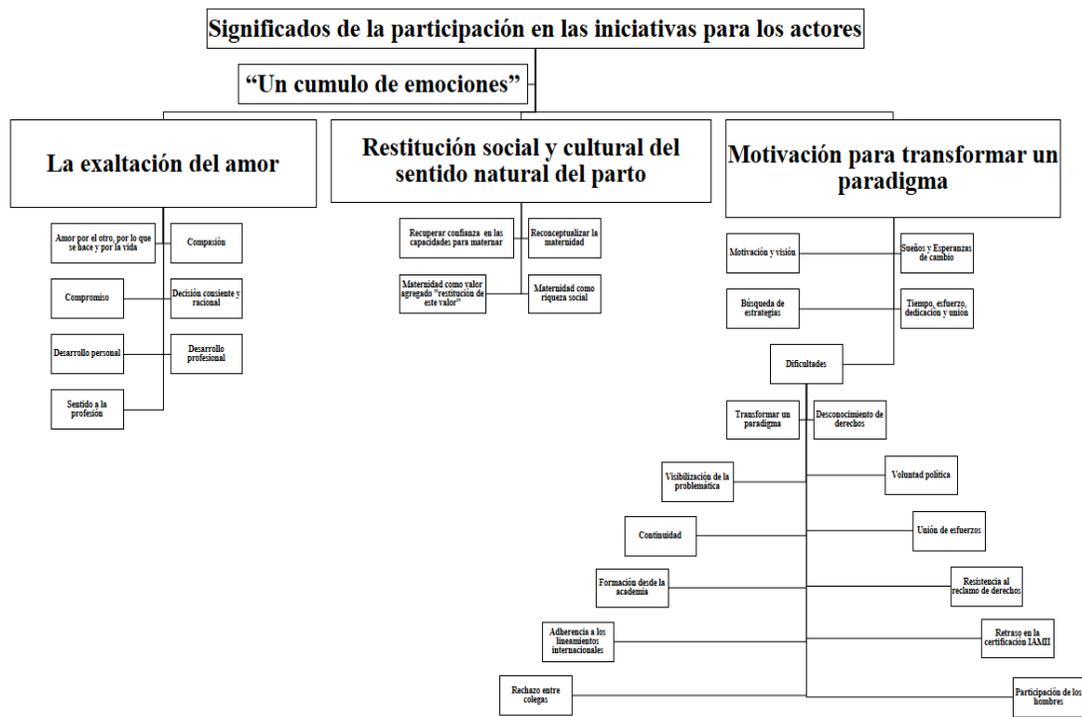
En resumen, contamos con unas iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, cuyo objetivo común es la atención del parto basados en el respeto y en el intento de transformar el

paradigma biomédico incluyendo otros saberes. Se sustentan en discursos avalados por evidencia científica y entes internacionales, los cuales, van en contra de la medicalización del parto, patologización del mismo y defienden los derechos humanos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. Desarrollan repertorios de acción social o colectiva a nivel académico, institucional, grupales e individual, todos desde su ámbito de desempeño; movilizan intereses dirigidos a la salud de las mujeres en especial a la salud materna tanto física como mental. Los actores de las iniciativas le dan significado especial a su participación refiriéndose a esta como “*un cúmulo de emociones*” que serían: el amor por lo que se hace, por el otro y por la maternidad, deseos de restitución social y cultural del sentido natural del parto dándole la importancia que se merece, encontrar sentido a sus profesiones hallando grandes aprendizajes en el trabajo

Vale la pena señalar también, como una dificultad para el desarrollo de las propuestas de integración de saberes en la atención del parto la evidente desvinculación de las iniciativas con el movimiento más amplio de mujeres o movimiento feminista a nivel local. Si bien, a nivel internacional el logro de los derechos sexuales y reproductivos tiene un anclaje muy fuerte en el pensamiento y movilización feminista, no aparece la misma fuerza y vínculo a la hora de la defensa del parto respetado.

El tema de la maternidad y la protección del parto no parece ser la motivación que requiere el movimiento social de mujeres y el movimiento feminista local para superar la fragmentación que han experimentado en los últimos años, pues este ha estado concentrado por ejemplo en temas que pudieran ser contrarios a la defensa de la maternidad, tales como la gestión del derecho a la interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- y los derechos de la comunidad lesbica. Como es bien sabido la maternidad y las representaciones sociales asociadas a ella, fueron uno de los primeros asuntos que criticó el movimiento feminista, inclusive mucho de lo que se entiende hoy por desarrollo de las mujeres es liberarla de las cargas que culturalmente se imponen a la mujer a causa de su vínculo natural con la maternidad.

Mapa 6. Significados para los actores de su participación en las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos 2017.



15. DISCUSIÓN

A continuación, se presentan algunos aspectos del conjunto de resultados que se piensa ameritan una discusión más detallada: la acogida de los lineamientos internacionales sobre modificaciones a la atención del parto de bajo riesgo en el sistema de salud y planes de formación de profesionales de la salud y los desafíos de la implementación de un modelo de atención del parto con enfoque intercultural donde se integren saberes y se recoja la voz de las mujeres.

15.1. La acogida de los lineamientos internacionales para la transformación del modelo de atención del parto

¡Todo está en las guías! pero...

Llama la atención la sinergia que la implementación de la estrategia IAMII tiene con la necesidad de mejorar la calidad de la atención de la salud materna, en especial de mejorar las condiciones para la atención del parto, pues es coherente con la protección de los derechos sexuales y reproductivos y el reconocimiento de las bondades del no intervencionismo médico y el acompañamiento a la madre por parte de una persona afectivamente significativa de su elección, teniendo en cuenta que la madre es la protagonista de su proceso. Aspectos que se reiteran en el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 (Minsalud, 2001), donde, entre otros planteamientos, se expone la necesidad de promover la movilización social en favor de los derechos sexuales y reproductivos y en especial del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial, y la superación de barreras de acceso a los servicios de atención del embarazo, parto y puerperio. En general, Dicho Plan plantea que para el 2021 debemos contar con una Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud materna, que implique incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la mujer por parte de la pareja o un integrante de la red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

Pero alcanzar estos objetivos requiere una reflexión sobre la fuerza vinculante de los documentos internacionales sobre salud materna, la gestión de los recursos en un sistema de salud mercantilizado como el colombiano y la respuesta que requieren desde las instituciones formadoras de profesionales de la salud especialmente de medicina y enfermería.

Los convenios, pactos, tratados y demás documentos internacionales ratificados por Colombia, en especial aquellos que protegen los derechos humanos se entienden integrados a las normas jurídicas internas, adquiriendo así el carácter de obligatorias bajo el concepto de “Bloque de Constitucionalidad”. El Estado se compromete a hacer “lo mayor posible” en el desarrollo del

documento que ratifica, por ejemplo, cuando se requiere la promulgación de nuevas leyes que incorporen su contenido específico en el ordenamiento jurídico del país. No pasa lo mismo con los documentos que se refieren a la regulación de aspectos administrativos, estadísticos o de otra índole no constitucional (Corte constitucional, 2005). Cabe aquí la pregunta sobre el carácter vinculante de la estrategia IAMII.

Si bien la IAMII se fundamenta en los derechos humanos, los derechos fundamentales de los niños, los derechos sexuales y reproductivos, el sistema de garantía de la calidad en salud, entre otros; no hay una obligatoriedad como tal porque, para comenzar, se trata más bien de un proceso de acreditación que, según el Sistema Único de Garantía de la Calidad en Salud, es voluntaria. La IAMII es, en esencia, un

sistema de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso” (Minsalud, 2015).

Acreditarse para una institución resulta ser un acto de voluntad política de los dirigentes que estén de turno, y por ende, la continuidad de los programas en que se haya acreditado queda a disposición de los que vengan en reemplazo. Planteada esta situación, no hay garantía de una estrategia que pretenda una atención integral con un enfoque de derechos y de género, cuando queda a decisión de sus dirigentes si se realiza la atención bajo esos lineamientos, o si, por el contrario, se brinda una atención solo con lo que exige el sistema de habilitación de los servicios de salud, centrado en lo necesario y mínimo para funcionar.

El carácter voluntario se ratifica en el primer paso de la estrategia IAMI: Voluntad política. Es así que convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral tiene

su inicio con la voluntad de los dirigentes de turno, a partir de allí, comienza un proceso de auto-apreciación donde se determina una línea de partida hacia el cumplimiento de los diez pasos que establece la estrategia.

Así pues, que, si alguna mujer pretende hacer una denuncia, demanda o derecho de petición en Colombia en contra de la atención recibida en una institución o exige la atención integral, basada en las recomendaciones internacionales, no podría apoyarse en la estrategia IAMII, se puede fundamentar en la violación de los derechos humanos, pero esto resulta ser un proceso tan largo y tedioso que terminan aceptando el tipo de atención que le brinden.

A esta dificultad se suma que el panorama de la gestión de los recursos que requiere la transformación de los servicios de salud materna no es claro. Sobre todo, en un sistema de salud como el colombiano, donde por el contrario se han venido disminuyendo, por su baja rentabilidad, las salas de maternidad y atención neonatal. Tal como se puede observar en los procesos de otros países, la transformación del modelo de atención del parto requiere inversión en adecuación de las salas de maternidad, pero, sobre todo, mejoramiento de los programas de atención a la gestante que impliquen, además de las acciones asociadas a la reducción y control del riesgo obstétrico, educación para el empoderamiento de las mujeres y formación y preparación de las personas que intervienen en la atención del parto y el nacimiento. Se requiere que las mujeres tomen sus propias decisiones respecto a la maternidad y desafíen y transformen las relaciones de poder que reducen su autonomía y le impiden presentarse y ser reconocida como una interlocutora válida en los servicios de salud que la atienden (Gender Development Network, 2013).

[Empoderarse es alcanzar] «Poder interior», «poder con», «poder para»

Cuando las mujeres reconocen su «poder interior» y actúan junto a otras para ejercer el «poder con» y consiguen el «poder para» actuar como agentes: cuando actúan de forma consensuada para eliminar las injusticias y desigualdades, esto se convierte en el «poder para» lograr un cambio social

positivo. Lo fundamental de este proceso es involucrarse con las bases estructurales de la desigualdad y la discriminación; y permitir que las niñas y las mujeres piensen de un modo diferente —acerca de ellas mismas, de las situaciones en las que se encuentran y con relación a sus mundos, relaciones y horizontes sociales (IPPF, 2015)

Pero el empoderamiento de las mujeres en derechos sexuales y reproductivos requiere la acción inter-institucional, en especial del sector educativo. Para el caso de esta investigación es importante resaltar el impulso que le daría a la transformación de la atención para el parto sin riesgo, cambios en los planes de formación de los profesionales de la salud, especialmente de medicina y enfermería, quienes tienen un protagonismo importante en los equipos de atención materna.

15.2. La formación en salud como una de las principales barreras para el cambio en el modelo de atención del parto

“Necesitamos un cambio de chip”

El modelo biomédico viene del paradigma positivista. Se afirma en él, que el único conocimiento verídico es el resultante del método científico (Meza, 2003) . El modelo biomédico en sí, parte de la identificación de una condición patológica, donde la enfermedad es el único punto de unión entre médico y paciente. El primero siempre está en función de curar, tratando las enfermedades a través de procedimientos e intervenciones. La normativización y el control hacen parte del trabajo del médico y por ende tienden a hacer actividades rutinarias con los pacientes (Menendez, 2005).

Al respecto de la atención biomédica del parto, vale la pena señalar dos cosas: primero que, existe suficiente información científica, basada en evidencia, respecto a los beneficios de la

atención no medicalizada del parto sin riesgo, reconocida por la OMS, sin embargo aún esta información no se incorpora en los planes de formación ni en las prácticas de atención en salud, lo que deja entrever que las dificultades en cuanto al cambio de práctica en el modelo de atención es más un asunto actitudinal y de actualización curricular, que falta de respaldo científico. Lo segundo, es que hay que ocuparse de algunos problemas de la formación médica. En el marco de la Maestría en Salud Colectiva, Sandra Jiménez insiste en que el *Que hacer del médico* es una práctica integral, de ahí la importancia de trascender la dicotomía entre lo social y lo clínico, en una apuesta por el mejoramiento de la praxis en salud. A pesar de algunos esfuerzos por la renovación curricular en la formación en salud, pervive una mentalidad fragmentadora, heredada del modelo flexneriano en la educación médica, que separa, no sólo las disciplinas, sino los fenómenos de estudio dificultando la articulación teórico-práctica (Jiménez S. , 2013).

La formación de los profesionales de la salud en Colombia, está basada en su mayoría en el modelo biomédico (Pinilla, 2011), ratificado también por los participantes de esta investigación que en sus relatos cuentan experiencias del comportamiento del personal de salud, y a pesar de que algunos currículos de las universidades incluyen la formación en ciencias sociales y humanísticas y fundamentos ético legales, el énfasis mayor es en las ciencias básicas biológicas, dedicando mayor tiempo a esta área del conocimiento.

En la implementación de estrategias como la IAMII y en la lucha por el respeto de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, las iniciativas objeto de este estudio encuentran un gran obstáculo en el paradigma biomédico con el que están formados los profesionales y los estudiantes en las instituciones de salud. A pesar de sensibilizaciones y capacitaciones en las que ha participado el personal de salud, no demuestran compromiso con las recomendaciones internacionales.

Se requiere un “*cambio de chip*”. Es más, el personal de salud no percibe su comportamiento como inadecuado, están convencidos de que su actuar es por el bienestar de la paciente, incluso las mismas mujeres se someten a lo que diga el médico pues no tienen elementos para juzgar la real necesidad de las intervenciones que le realizan.

Pero los desafíos de la formación en salud van más allá de la integración de evidencia científica. También implican un conjunto de actitudes y aperturas hacia el reconocimiento auténtico de la diferencia, los saberes y modos de vida de otros.

Según testimonio de los participantes de esta investigación, algunos profesionales de salud se convierten en barrera para generar un cambio, no han sido suficientes las sensibilizaciones y las capacitaciones. Refieren que el parto se atiende de manera respetada y acompañada según el profesional que lo esté atendiendo. Para lograr cambiar un comportamiento, es indispensable desaprender para volver aprender; pero el proceso de desaprender es un proceso individual y depende de las experiencias personales, se requiere identificar de manera consciente: patrones, límites, valores, verdades que se hayan reconocido como fijas y dominantes; antiguos procesos de aprendizaje que condicionan; el miedo a perder la seguridad del conocimiento que se ha entendido como perdurable e inacabable; se vuelve un espacio en el que no está permitido deconstruir lo aprendido (Andrade, 2005) .

Con lo expuesto hasta aquí, se puede afirmar que el uso de la tecnología en el momento necesario, la visión holística en la atención y el cuidado humanizado serían la clave para llegar a la atención ideal del parto y la formación de los profesionales de salud debería estar encaminada en el balance de estos tres aspectos. Como lo afirma Davis Floyd, la aplicación de la tecnología combinada con los valores del humanismo y el holismo podrían crear un modelo de asistencia obstétrica ideal (Davis Floyd, 2001).

En el marco de los cambios actitudinales requeridos para la transformación del modelo de atención del parto sin riesgo, uno de los mayores desafíos puede ser la aceptación de otros saberes, en especial los provenientes de la cultura tradicional o saberes externos al conocimiento biomédico. Estos saberes generalmente están representados en la actuación de las doulas y parteras en el equipo de salud.

15.3. La doulas y su reconocimiento en el sistema de salud

¡A uno le toca hacerse a un lado!

El oficio de las doulas es conocido en varios países del mundo. Muestra de ello es la formación de la red mundial de doulas, con la participación países como Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, Estados Unidos, Europa, Guatemala, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela, cuentan con coordinadoras en cada nación las cuales son mujeres experimentadas en el oficio y con amplia experiencia en el mismo, están encargadas de brindar información sobre la red mundial de doulas a las comunidades y entes gubernamentales y buscan el reconocimiento global de este rol (Red Mundial de Doulas, 2017) . En el contexto colombiano se cuenta con la formación de doulas por parte de la escuela Doula Caribe Internacional, quienes llevan varias certificaciones y tienen representantes que se encargan de dar a conocer la labor de la doula. Sumado a ello, la Fundación Camino Claro, la corporación Acunando y doulas particulares se han encargado de dar a conocer el oficio.

A pesar de ello, en el contexto colombiano las doulas son poco reconocidas y escasamente aceptadas por el personal de salud. Cuando se habla de reconocimiento, se refiere a la importancia que se da a su labor y la aceptación de su presencia en el parto; la cual lleva consigo admitir que el conocimiento que ellas tienen, no viene en contra del conocimiento científico que posee el personal de salud, sino por el contrario, que entra a complementar un cuidado integral con un diálogo de saberes que sólo beneficiará a la mujer en el proceso del parto.

El reconocimiento de las doulas logrado hasta el momento en Colombia, ha sido gracias a las iniciativas que fomentan y recomiendan su labor como elemento importante en la atención del parto de manera integral. Pero no ha sido tarea fácil, en la mayoría de los testimonios de los participantes de esta investigación se demuestra esta afirmación, refieren dificultades con el personal de salud indicando que en ocasiones, las doulas son vistas como un estorbo y su presencia en el parto depende de la autorización de la institución o del personal que atiende, de su

voluntad y flexibilidad en la formación biomédica para aceptar la integración de otros saberes en la atención diferentes a los aprendidos; más no, de la necesidad de la mujer que se encuentra en el proceso del parto.

Los esfuerzos que se realicen para el reconocimiento social de las doulas en el contexto colombiano requieren, primero, un reconocimiento a través del discurso médico hegemónico, por ser este, un discurso dominante; el cual, intenta exclusión ideológica y jurídica de modelos alternativos, pretendiendo apropiarse y transformar los mismos para convertirlos en derivados y complementarios de ellos (Menéndez, 1983) . Todo esto tiene su cimiento en la dominación del poder médico que históricamente se fue apropiando de conocimientos tradicionales; la exclusión y apropiación de conocimientos, se convierte en una estrategia para conservar ese poder; que en el caso de las doulas son rechazadas porque no aceptarán prácticas que no estén en su visión mecanicista y medicalizada para la atención del parto. Y segundo, una formación de profesionales con una visión holística en la atención del parto que les permita el diálogo con otros saberes y conozcan alternativas de atención. El discurso médico hegemónico está plasmado en los profesionales del contexto, su formación es bajo este modelo, teniendo como consecuencia lo que plantea Menéndez, la exclusión y rechazo de modelos alternativos como lo es la atención del parto acompañado por una doula.

Sumado a lo expuesto hasta este punto, la labor de la doula en la sociedad colombiana por ser poco conocida y poco reconocida, la demanda no es representativa, además que amerita un costo que no está al alcance de todas las mujeres y en el contexto estudiado sólo una institución cuenta con el apoyo de la figura de acompañamiento de manera gratuita pero no son doulas certificadas, son voluntarias capacitadas por doulas: NANAS.

Aquí también podemos traer a colación el abandono del sistema de conocimientos de partería en Colombia. A pesar de que en los últimos años se ha venido reflexionando al respecto y parece haber una intención de recuperación de dichos conocimientos, las acciones concretas en el sistema de salud están por verse: en octubre del 2016 se incluyó en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional a los Saberes Asociados a la Partería Afro del

Pacífico, el 5 de mayo se celebra el Día Internacional de la Partera en reconocimiento del trabajo que realizan en el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar embarazos seguros, deseados y evitar las muertes neonatales. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, más de 100 países forman parteras profesionales para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva; Colombia aún no cuenta con este perfil profesional; sin embargo, el United Nations Population Fund (UNFPA) y el Ministerio de Salud y Protección Social han iniciado conversaciones preliminares con entidades académicas para que esta formación sea posible en un futuro próximo. Se espera que profesionalizar la partería en Colombia contribuirá en la reducción de las muertes maternas y neonatales, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de violencias de género, y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el ODS 3 (UNFPA, 2017).

En consecuencia, con todo lo anterior es posible identificar desafíos en el futuro cercano para la formación de profesionales de salud en el país. Si no se toma como punto de partida la formación de los profesionales de salud, seguirá presentándose una continua resistencia a los discursos y recomendaciones mundiales, que, aunque estén basadas en la evidencia no están siendo incorporadas suficientemente en los planes de formación en salud.

15.4. La financiación y la investigación para la transformación de servicios de salud materna

Teniendo en cuenta que la vía expedita para la transformación de los servicios de salud materna en el país es la implementación de la estrategia IAMII y que está, a su vez, hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el panorama de los recursos disponibles no es claro. Por tratarse de un proceso de acreditación y ser de carácter voluntario, los gastos en su implementación corren por cuenta de las instituciones de salud que se quieran acreditar y acoger esta política. Es conocido en el contexto colombiano que el déficit en el sistema hospitalario es crítico, por lo que la inversión en sistemas de acreditación no es prioridad.

En el plano de la financiación, la recomendación internacional es que los gobiernos y la sociedad civil deben asegurar que en los mecanismos y estrategias de financiamiento para la agenda del desarrollo sostenible [...] se dé prioridad a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y que los donantes e instituciones multilaterales deben concientizar a la sociedad civil para la creación de estas estructuras de financiamiento a nivel internacional y nacional, así como obtener financiamiento para la investigación sobre temas emergentes en el derechos sexuales y reproductivos y dar apoyo a las redes sociales y académicas que promueven los derechos sexuales y reproductivos (IPPF, 2015).

A este respecto vale la pena resaltar tres asuntos: la falta de investigación respecto a saberes tradicionales asociados al cuidado de la gestación, el parto y el postparto en relación con la oferta de acompañamiento que hacen las doulas; los conocimientos tradicionales de atención del parto que pueden enriquecer las demandas y expectativas de las mujeres respecto a la atención de la gestación, el parto y el postparto, lo mismo que favorecer la construcción de indicadores relacionados con la satisfacción y gratificación en los servicios, más que en el número de casos atendidos. También es notable la resistencia que aún se percibe en los profesionales de la salud y de justicia respecto al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos asociados al parto lo cual puede estar vinculado a la debilidad y fragmentación del movimiento social de mujeres en nuestro contexto, sobre quien recaería una parte muy importante de la acción social y política en defensa de un modelo de atención alternativo para el parto sin riesgo.

15.5. La integración de otros saberes en la atención del parto sin riesgo

“El yoga ha sido muy importante en mi práctica como Doula”

Los testimonios de las participantes que se desempeñan como doulas resaltan algunas prácticas de yoga como una herramienta importante en la preparación para el parto y el parto. Según las participantes el yoga les permite hacer manejo del dolor e introducir el componente simbólico y ritual en el proceso. Esto acorde con la evidencia científica existente respecto a la

eficacia del yoga en el manejo de la ansiedad durante el trabajo de parto, Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA (2011) realizaron la revisión de 11 ensayos controlados aleatorios, con datos informados de 1374 mujeres, encontró que las técnicas de relajación y el yoga pueden ayudar a controlar el dolor del trabajo de parto vaginal y reducir la tasa de partos vaginales asistidos, sin embargo, hace falta mayor investigación sobre la efectividad de la combinación de técnicas como la música y la audioanalgesia (Smith, Levett, Collins, & Crowther, 2011).

El dolor del trabajo de parto puede ser intenso y la tensión corporal, la ansiedad y el miedo lo pueden empeorar. Muchas mujeres quisieran tener un trabajo de parto sin utilizar fármacos ni métodos invasivos como la epidural, y recibir tratamientos complementarios que les ayuden a aliviar su percepción del dolor y mejorar el control del dolor. Se han probado muchos tratamientos complementarios que incluyen acupuntura, técnicas cuerpo mente, masaje, reflexología, hierbas medicinales u homeopatía, hipnosis, terapia musical y aromaterapia. Las intervenciones cuerpo mente tales como la relajación, la meditación, la visualización y la respiración son utilizadas frecuentemente durante el trabajo de parto y son muy accesibles a las mujeres, ya que estas técnicas se enseñan en los cursos prenatales. El yoga, la meditación y la hipnosis pueden no ser accesibles para las mujeres, pero juntas estas técnicas pueden tener un efecto calmante y ayudar a las mujeres a controlarse al distraerlas del dolor y la tensión (Smith, Levett, Collins, & Crowther, 2011)

Estos datos son alentadores en contraste con las investigaciones que muestran que hay baja o moderada evidencia respecto a la efectividad de las técnicas de yoga en el manejo del dolor crónico (Wieland, y otros, 2017). Ello deja claro el panorama para la aplicación del yoga en la preparación para el trabajo de parto y el parto.

Como bien indican las investigaciones las prácticas de yoga no suelen estar disponibles para el común de las mujeres, ello requiere capacitación, entrenamiento e inversión económica. De tal manera que como saber cultural sólo ha penetrado en el estilo de vida de públicos selectos en cuanto al nivel educativo y de capacidad económica. De ahí que haya que resaltar la labor que realiza en el municipio de Rionegro incorporando clase de “yoga prenatal” en la política pública

de atención a las gestantes.

Adicionalmente, testimonios en esta investigación nos sugieren la necesidad de que la oferta de servicios que hacen las iniciativas que fomentan la integración de saberes para la atención del parto sin riesgo en nuestro contexto estén mejor fundamentadas en la recuperación de saberes culturales propios en torno a la gestación, el parto y el postparto. En nuestro medio esa investigación es insuficiente (Muñoz, Castro, Castro, Chávez, & Ortega, 2012) , sin embargo, dado el nivel de formación de los participantes las iniciativas podrían tener un rol más protagónico en la búsqueda de estos conocimientos, lo cual contribuiría al fortalecimiento de los vínculos entre las gestantes y el sistema de salud y los modelos de atención intercultural en salud.

En nuestros repertorios culturales existen otras prácticas asociadas al cuidado de la gestación, el parto y postparto que pueden enriquecer la experiencia de la maternidad de las mujeres: tratamientos con baños, bebidas, alimentos, masajes, rituales y conjuros para fortalecer el desarrollo intelectual, físico, motor, afectivo y social de la madre y su bebé. Sin embargo, estos conocimientos son difíciles de obtener “los sabios y parteras no comparten sus conocimientos ancestrales que por lo que ellos aprenden no se debe enseñar a otras personas, porque esto hace que la costumbre de la tradición se vaya perdiendo, los padres cuentan a sus hijos qué práctica se realizaban, pero dentro de su hogar más no a otras personas que no son de la comunidad” (Panchi, 2013). Al parecer, tampoco las nuevas generaciones han mostrado mucho interés por aprender estas tradiciones.

De otro lado, también es necesario que a las prácticas tradicionales se integre el saber técnico científico para el bienestar de la madre y el bebé.

[Pregunté por la señora de la casa] y me dice que no, que ella estaba sola, estaba luchando, y que así iba a tener el bebé [que así le enseñaron]. De este modo pienso que cuando ellas están solas sufren mucho, porque ni siquiera el agua que tenían en el fogón estaba caliente, porque ese día cayó mucho

aguacero, por lo cual el fogón estaba apagado. Así yo hacía pregunta ¿qué va a comer la señora después del parto? si yo vi que no hacían nada, ¿cómo ayudaban a ella cuando saliera el bebe? ¿Cómo se corta el ombligo si no tiene las herramientas suficientes? (Panchi, 2013, pág. 24)

Como puede observarse la integración de saberes respecto a la atención del parto puede realizarse en doble vía, por un lado, preparando a las instituciones y su personal para ofrecer servicios de atención en salud materna con enfoque diferencial, por el otro, yendo a las comunidades mediante la superación de barreras de acceso asociadas a las condiciones de vida de la población, por ejemplo, fortaleciendo las capacidades en recurso humano en salud; la identificación y posicionamiento de una red de agentes comunitarios en salud (parteras y otros); la identificación de mujeres gestantes; la creación de redes de vigilancia comunitaria y el desarrollo de planes de parto en las zonas rurales-dispersas (UNFPA Colombia, 2016).

De ahí que sea necesario explorar con mayor profundidad las representaciones sociales que prevalecen en nuestro contexto y la mentalidad de las mujeres respecto al parto y su atención, con el fin de determinar y analizar el anclaje social de dichas representaciones y gestionar la transformación de los servicios de salud con sensibilidad cultural, condición previa al enfoque diferencial, de derechos y de género. De otro modo, la transformación de los servicios de salud materna puede ir al fracaso, pues es evidente que romper con la subordinación femenina respecto de la atención del parto dentro del sistema médico convencional, requerirá acciones concretas y continuas en el tiempo, en especial de los profesionales de la salud, que en cierto modo están obligados a devolver a las mujeres la seguridad y la confianza en su capacidad para parir, recobrando el protagonismo de sus propios procesos. Esta sería un primer paso para restituir el conocimiento que fue usurpado a las mujeres por el sistema tecnocrático en salud.

15.6. La resistencia institucional al discurso de los derechos sexuales y reproductivos y ausencia de una ley que los garantice en la atención del parto

“¡No entiendo!, no te están negando ningún derecho fundamental”

El discurso de los derechos sexuales y reproductivos viene ya hace varias décadas, se han hecho debates, recomendaciones, lineamientos, cumbres, congresos, guías de cómo aplicarlos; han sido incluidos en políticas públicas y los han defendido grandes movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales a nivel mundial. Sin embargo, la adherencia a estos derechos no ha sido la esperada, Amnistía Internacional²³ de España informa que millones de mujeres y niñas ven violados sus derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo, lo más relevante es la falta de acceso a los servicios de salud, maltrato por parte del personal de salud y falta de información sobre sus derechos (Kari, 2013) . En cuanto a la atención del parto, el modelo predominante de atención, vulnera a las mujeres porque les impide tener control y empoderarse de los procesos asociados a su sexualidad y su reproducción [(Vasco, 2013); (Rizo, 2009); (Sadler, 2003); (MINSALUD, 2013); (Rodríguez, Florez, Moruno, & Pedro, 2012); (García, Díaz, & Acosta, 2012); (Castrillo, 2015); (Monroy, 2012); (Terán, Castellanos, González, & Ramos, 2013)] podemos complementar con los testimonios de esta investigación, que los derechos son vulnerados a través del comportamiento que demuestran los trabajadores de salud. Todo ello demuestra una evidente resistencia al discurso de los derechos sexuales y reproductivos.

Con el fin de realizar aportes para el debate de derechos sexuales y reproductivos, el grupo médico por el derecho a decidir²⁴ elaboró un documento donde plantean la evidente violación de

²³ Movimiento mundial, democrático e independiente, con más de 7 millones de socios y socias, activistas y simpatizantes que se toman la injusticia como algo personal. Actúan en casi todos los países del mundo para que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos humanos.

²⁴ El Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia, es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y

derechos por parte del personal de salud, lo cual se manifiesta en “*prácticas irrespetuosas y violentas como resultado de constructos socioculturales, que naturalizan la violencia contra las mujeres*”, Lo cual demuestra que sigue siendo un problema que está lejos de ser superado (Tamayo, 2015).

La resistencia al respeto de los derechos sexuales y reproductivos y por ende a los derechos humanos, se evidencia entonces en el comportamiento de los trabajadores de salud en los servicios ginecobstetricos; guías, instructivos, manuales y recomendaciones internacionales, basados en la mayor evidencia disponible, parece ser insuficientes para el cambio en el modelo de atención. Pero, ¿qué falta para esta adherencia? Los mismos participantes de esta investigación lo afirman, el problema viene desde la academia, no se forma a los futuros profesionales en derechos, no se resalta la importancia de estos en los currículos. Falta énfasis en una formación con enfoque de derechos, donde más que resaltar la vida como valor absoluto, al modo hipocrático, se resalten y respeten las condiciones necesarias para que la vida sea considerada digna, es decir los derechos humanos fundamentales, tal como se ha insistido en las sentencias de la corte constitucional de última generación en el país. A saber, la Sentencia C-355 de 2006 sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, la Sentencia T-760 de 2008, sobre el derecho a la salud, la Sentencia T-970 de 2014 sobre el derecho a la muerte digna.

Si bien es cierto que la norma no modifica las estructuras económicas, sociales, políticas, ni mentales patriarcales, es punto álgido para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos la falta de una ley nacional que los respalde, que sea vinculante y tenga facilidad de reclamación por parte de las mujeres. En la voz de las participantes, las leyes con perspectiva de género en el país, por ejemplo, la ley 1257 de 2008, hacen énfasis en la erradicación de la violencia de género con marcado énfasis en el ámbito domiciliario y el conflicto sociopolítico que ha caracterizado al país, pero de cierta manera invisibiliza otras formas de violencia que afectan a las mujeres. Esta es una queja reconocida en la literatura sobre desarrollo de la perspectiva de género en el país, desde hace mucho tiempo la financiación de programas y proyectos se concentró en la

reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

intervención de este tipo de violencia haciendo que se descuidara la continuidad de otros programas estratégicos para la transformación de la salud de las mujeres.

Los efectos de la guerra en la población en general y en las mujeres en particular, va a reorientar dramáticamente las acciones de los grupos que, contando con recursos de la cooperación internacional, favorecen intervenciones de carácter humanitario, de emergencia, sobre afectados y víctimas. En tales condiciones, un número importante de organizaciones del movimiento volcarán sus esfuerzos hacia la denuncia de vulneración de derechos, así como a exigir y proponer salidas negociadas al conflicto armado colombiano. Igualmente, a dedicar su trabajo directo a atender mujeres, hombres y familias en condiciones de desplazamiento forzado [...] Así las cosas, contrariamente a lo esperado en términos de avance del movimiento en la transformación de estructuras simbólicas y materiales que sustentan las asimetrías de género estas estructuras se fortalecen (Lamus, 2009, pág. 129)

Aunque se tienen estos obstáculos, las participantes comentaron que, a pesar de la falta de un marco jurídico fuerte que les respalde en la demanda de los derechos durante el parto, avanzaron en la presentación de diferentes recursos para hacer ver a las instituciones de salud que hay unas necesidades por resolver en la atención de la salud materna.

“fue un año y medio mandando derechos de petición a la institución, la sensación es que no era efectivo como queríamos, luego dio lugar a algunas acciones de tutela, sobre todo por el tema del acompañamiento. Tú haces el estudio para presentar unos buenos argumentos jurídicos y uno dice: ¡es

imposible que esto no prospere! y te niegan las tutelas, y lo que pasa es que el análisis que hace la rama judicial muy en su lógica, muy poco humanística es que no hay vulneración de los derechos fundamentales. Cuando un juez lee esa tutela, dice: ¡no entiendo, no te están negando ningún derecho fundamental, te están prestando el servicio, te están garantizando todo por tu bienestar y tu bebé!... Hay una idea de que todo lo que hacen en la institución es por tu bienestar” (Carmen).

Este testimonio nos demuestra las dificultades para reclamar los derechos sin un respaldo diferente al solo discurso internacional de derechos sexuales y reproductivos. Que, aunque sin duda constituye un progreso para defensa de los derechos, se trata solo de un recurso formal que requiere acción colectiva para logros reales, profundos y efectivos.

Bajo este panorama, es el momento de preguntarnos por la necesarias y estratégicas relaciones entre el movimiento social de mujeres y/o el movimiento feminista y las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en nuestro contexto. Las iniciativas realizan estrategias de acción que llegan a varios entornos, sensibilizan y educan sobre la importancia del respeto en el parto, han llegado a las instituciones de salud y a los ámbitos académicos, pero falta fuerza, están aún en la etapa de visibilización de la problemática y sensibilización, necesario para apalancar el cambio. Es indispensable una visión más estratégica, unir fuerzas y colaboraciones para formalizar un movimiento social, similar al brasilero, por la defensa del parto respetado (humanizado), que sea capaz de poner en la agenda pública la necesidad de reformar con urgencia los servicios de salud materna.

Sin embargo, los testimonios de las participantes dejan entrever problemas de identificación con las causas del movimiento feminista o el movimiento de mujeres en nuestro contexto, que en opinión de las participantes está bastante radicalizado hacia las posturas más críticas y contestatarias respecto a la cultura patriarcal y por ello no encuentran resonancia en la lucha por el respeto de la maternidad y el del parto respetado.

Al respecto, Lamus sostiene, que insistir en que debe haber una relación muy estrecha entre las categorías de análisis, en este caso, la protección del parto, y la acción política puede tener efectos desarticuladores de la acción colectiva. Puesto que poner el énfasis en un sólo aspecto de una agenda más global y estratégica puede ser interpretado como una negación de otras diferencias igualmente importantes y, en consecuencia, puede afectar las posibilidades de acciones estratégicas conjuntas (Lamus, 2009). En este sentido, los debates teóricos/políticos pueden tener efectos perversos sobre la acción y la movilización colectiva.

Si bien es cierto que el tema de los derechos sexuales y reproductivos está bien instalado en la agenda internacional y que su defensa no tendría por qué generar escozor en el movimiento amplio de mujeres/feministas, la realidad parece otra cuando de la maternidad y el parto respetado se trata. Inclusive a nivel internacional se habla de una dificultad del movimiento amplio de mujeres y feministas para encontrar las estrategias requeridas para lograr unos propósitos cada vez más diferenciados y difusos.

Para algunos analistas, lo que está generando la fragmentación del movimiento amplio de mujeres/feministas²⁵ es producto de la despolitización o descentramiento del discurso feminista, y su “ estrategia de colonizar/penetrar/conquistar, espacios y lugares nuevos, rompiendo los límites originales” sin darse cuenta que dicha estrategia implica también la absorción/apropiación/incorporación de tales prácticas y discursos, la mayoría de las veces de modo parcial y selectivo, desprovistos de su contenido ético y político”.(Lamus, 2009).

Sin embargo, también es cierto que, en un mundo plural y diverso, mantener un movimiento de mujeres/feminista unitario, bajo la categoría del “nosotros” sin dar cabida a las diferencias internas termina siendo tan homogeneizador como la cultura patriarcal contra la que lucha (UNFPA, 2013). Reflexión que debe conducir a la búsqueda de oportunidades para rearticular y repolitizar el movimiento y su discurso en una manifestación de feminismo intercultural,

²⁵ Movimiento feminista/ de mujeres, es una fórmula con la cual se simplifica la variedad de orientaciones y procedencias que quienes hacen parte de los movimientos. “unas veces serán las mujeres en los movimientos y otras los movimientos de mujeres, algunas confesas feministas, otras no; y la mayoría de las veces serán feministas con algún apellido: socialista, liberal, autónoma, militante” Ver: (Lamus, 2009).

entendido como una tercera vía de lucha de derechos individuales y colectivos, que supone un aporte enriquecedor en términos de justicia social, en la que confluyen tanto la perspectiva de género como de diversidad cultural en el análisis de las situaciones problemáticas de las mujeres (Hernández, 2003). Resaltando que hay diversidades y discriminaciones que no se agotan con la identidad de género o con la identidad étnica de las personas, sino que se complejizan al reconocer cómo éstas interaccionan (UNFPA, 2013).

Este tipo de posturas, integradoras y armonizadoras, sería la posición ética indicada para el mundo contemporáneo. Donde es perentorio fortalecer la convivencia sin anular la diversidad y la diferencia mediante un esfuerzo consciente de reconocimiento del otro, sus deseos e intereses, con el fin de que el otro deje de ser invisible y pase a valer por sí mismo; en ese sentido, las propuestas de interculturalidad, gracias a su característica propositiva que no solo “reconoce” sino que actúa, se vuelve una meta deseable (Mocellin, Viesca, & Gutiérrez, 2011).

15.7. Análisis desde la perspectiva de género

En el marco de esta investigación, el análisis desde la perspectiva de género permitió aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos.

Se aprendió sobre la influencia de las relaciones de poder que rodean la atención del parto representadas en el paradigma biomédico como dominante e imponente para estabilizarse como la manera formal y reconocida de atención, lo que trae con ello desventajas para las mujeres para recibir una atención acorde a sus necesidades y libre de toda clase de violencia.

Se indagó e interpretó la diferencia entre hombres y mujeres, identificando a las mujeres en su proceso de trabajo de parto, parto y postparto con un aumento de su vulnerabilidad en comparación con los hombres, se suma al hecho de ser mujer, el atravesar por un proceso en donde está expuesta su intimidad, sus sentimientos, sus temores; suceso que es considerado por las mujeres como el más importante de sus vidas. El modelo biomédico de atención del parto

también excluye a los varones, padres, del proceso de acompañamiento al parto y el nacimiento de sus hijos e hijas, limitando sus experiencias afectivas y de desarrollo familiar.

En el contexto económico se percibe la discriminación para la inversión de recursos en la salud materna, la maternidad en el contexto no es rentable por lo que se ve afectada la atención materna, por no tener rentabilidad se cierran salas de maternidad, teniendo que acudir las mujeres a servicios que están inmersos en el sistema de salud que en el contexto se está presentando en crisis. Sumado a ello no hay inversión en acreditación por parte del estado, las estrategias para mejorar la calidad como lo es la IAMII es voluntaria y esta acreditación requiere recursos que deben ser puestos por las instituciones.

El contexto cultural e histórico está desdibujado en la atención, la misma influencia del paradigma biomédico en la atención ha desarticulado estos aspectos, se enfoca en lo biológico sin tener en cuenta lo holístico en la atención. La integración de saberes en la atención del parto, es vista por las iniciativas estudiadas como la solución a las tensiones expuestas en la atención de la salud materna. Esto es un hecho de discriminación hacia la mujer que se representa en la no inclusión de saberes en la atención del parto que pueden traer beneficios para ella y el bebé que está por nacer.

Como herramienta de análisis, la perspectiva de género también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades. En el caso particular de esta investigación, se puede identificar que son mayoría las mujeres sobre los hombres que participan de estas iniciativas, pero llama la atención que los hombres participantes tienen la misma concepción del parto que las mujeres y se encaminan hacia las mismas actividades para generar la transformación en la atención.

16. CONCLUSIONES

Como respuesta a las preguntas guías de esta investigación, se obtiene que en las diferentes iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, a pesar de las diferencias entre sí, subyace la **concepción del parto como un proceso natural** sobre el cual las mujeres deben recuperar el protagonismo que les ha quitado el modelo tecnocrático de atención en salud. Esto implica sobre todo respetar el tiempo del parto de cada una de las mujeres por encima de los protocolos eficientistas y economicistas que predominan en los modelos de atención médica, garantizar el acompañamiento de una persona afectivamente significativa para la madre, y, en lo posible, acompañamiento de doula.

Las diferentes iniciativas identificadas en este estudio enfrentan **dificultades de varios tipos**: resistencias ideológicas, barreras administrativas, logísticas, de movilización y concienciación social. Pero todas encuentran en la implementación y certificación de las instituciones como IAMII, una oportunidad importante para avanzar en la **conceptualización sobre la integración de saberes** en la atención del parto y el nacimiento y saben cómo y qué le aportarían a la mejora de la salud materna en nuestro contexto. Hacen énfasis en el respeto de los tiempos del proceso del parto de manera individual, respeto de los derechos de la mujeres evitando el intervencionismo médico para la madre y su bebé, manejo del dolor mediante técnicas de relajación y masajes, inspirados en el yoga y la masoterapia, acondicionamiento físico del espacio de las salas de parto, sobre todo en cuanto a iluminación, temperatura, control del ruido, accesorios de bienestar como balones, cuerdas, mantas, aromas, música, acompañamiento de una persona afectivamente significativa, empoderamiento de la mujer gestante para que asuma el liderazgo durante el proceso de parto, recuperando la conexión con su cuerpo y motivándola a adoptar las posiciones corporales que considere le facilitan el manejo del dolor, calmar el estrés y vivir las diferentes fases del parto para hacer de este evento una experiencia positiva.

Según los testimonios de los participantes, **la atención ideal del parto** sería aquella en que la mujer sea protagonista de su propio proceso, donde el papel del equipo de salud sea vigilar, estar a la expectativa y paciente para acudir en el momento que sean requeridos. Que todo contacto con la mujer en este proceso esté rodeado por el respeto de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Ello implica, un cambio de actitud de los profesionales y revisar los conocimientos que tiene sobre los procesos e intervenciones en la atención del parto y nacimiento y establecer consensos en el equipo sobre los procedimientos que estarían justificados o no en un proceso de atención que integra saberes respecto al parto.

Los mayores obstáculos para la transformación de la atención del parto son en primer lugar, **superar el paradigma biomédico** en la atención, que en palabras de los participantes es un “*cambio de chip*” y en segundo lugar el **desconocimiento de los derechos** sexuales y reproductivos tanto por el personal de salud, como por las mujeres para ser reclamados. Ambos aspectos, tienen su causa principal en la formación de los profesionales de la salud y en la formación de la ciudadanía, la primera crea una necesidad de formar a los profesionales con una mirada holística que permita la integración de saberes en favor de la salud materna; y la segunda, refleja una falta de empoderamiento de las mujeres del proceso del parto como algo propio donde solo ella puede ser la protagonista.

Se puede hablar de un **movimiento social por el parto humanizado** en el sentido en que las iniciativas están visibilizando la problemática y las tensiones que rodean la atención del parto, comparten objetivos y cuentan con unos repertorios de acción social o colectiva con los cuales movilizan acciones en favor de la salud materna y apoyan y promulgan la ideología de los movimientos sociales a nivel mundial sobre la humanización del parto. Sin embargo, falta fuerza y avances en el movimiento, alianzas estratégicas con otros movimientos de mayor alcance como lo podrían ser el movimiento por la salud, el movimiento feminista y el movimiento internacional de mujeres, que ya han tenido experiencia en la participación política que se requiere para la defensa de los derechos y en colocar temáticas en las mesas de discusión con los gobiernos teniendo como resultados leyes que favorecen la lucha por los objetivos del movimiento.

En términos ideológicos las iniciativas se identifican con el movimiento feminista y el movimiento internacional de mujeres, ideas como la liberación de las mujeres y la reivindicación de sus derechos, cuestionar la dominación y la violencia de los varones sobre las mujeres y la asignación de roles sociales según el género. A su vez, comparten ideas con el movimiento social por la salud en Colombia en cuanto al reclamo de la atención y accesibilidad a la salud y la crítica al sistema de salud colombiano; todas estas ideas fueron mencionadas y defendidas en las voces de los participantes. A pesar de ello, en sus repertorios de acción social y colectiva, no existe una búsqueda de apoyo en estos movimientos, han trabajado de manera independiente a ellos, pero reconocen que es necesario la unión de esfuerzos para seguir adelante.

Los significados más representativos para los actores que participan en las iniciativas son la **exaltación del amor** como el motor que los impulsa a seguir en la lucha por sus objetivos, amor por lo que se hace, amor por el otro y amor por la maternidad, son los sentimientos que los llevan a la realización personal, profesional y a la satisfacción con cada resultado, cada avance en la discusión y cada espacio ganado en las familias gestantes y en las instituciones de atención del parto. La **restitución social y cultural del sentido natural del parto** da significado al desarrollo de los repertorios de acción de las iniciativas ya que se pretende con ellos demostrar los beneficios de un parto natural y las ventajas para la sociedad en general de que su población nazca de esta manera, rodeados de amor y respeto, para ello plantean que el parto esté rodeado del respeto de derechos y se otorgue a la mujer el protagonismo que merecen. Las mujeres deben recuperar esa confianza en sí mismas la cual se perdió por el “**despojo**” ejercido por del paradigma biomédico mediante la imposición de sus saberes. Lo anterior le da sentido a la motivación de los participantes por la **transformación del paradigma** que genere un cambio social representado en la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento.

Los discursos identificados en términos de nuestra identidad cultural implican para su integración en el modelo de atención del parto un proceso intercultural, en el cual se instaure un **diálogo constante de saberes** y se realicen las investigaciones pertinentes para brindar un cuidado de la salud materna desde la evidencia científica y desde la inclusión de conocimientos

que gracias a la experiencia han demostrado ser efectivos. Esto solo será posible, con la transformación del paradigma biomédico, donde se lleve a cabo una transición de una mirada mecanicista y unicausal a una **mirada holística** integrativa que incluya tener en cuenta todos aquellos aspectos sociales, culturales, físicos, espirituales y del contexto, para brindar la atención ideal del parto tan anhelada.

En Colombia la partería tradicional existe y fue declarada patrimonio cultural del país, sin embargo llama la atención que en las voces de los participantes haya sido mencionada con muy poca frecuencia, esto demuestra una posible desarticulación con los conocimientos de este oficio, el enfoque mayor de las iniciativas fue el acompañamiento de la materna más no la atención del parto como tal; se puede afirmar que, **falta mayor incorporación de parteras** en la lucha de estas iniciativas para que desde sus conocimientos puedan fortalecer la integración de saberes en la transformación que se requiere de la atención del parto.

Los discursos profesados por las iniciativas y en los cuales basan sus saberes tienen un sustento científico en la evidencia demostrada en investigaciones sobre el tema, además van acorde con las recomendaciones y lineamientos internacionales apuntando a los beneficios del parto natural como la mejor opción y el mayor beneficio para la salud materna y el bebé que está por nacer; sin embargo, algunos de ellos **no tienen el estatuto científico y el reconocimiento social** por parte de la comunidad y el personal de salud como para ser aceptados en el contexto estudiado, lo que dificulta el diálogo de saberes.

17. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD COLECTIVA

La salud colectiva encamina la realización de sus estudios con una perspectiva analítica y crítica hacia la superación del paradigma biomédico y su influencia en las prácticas de formación y atención en salud. Para ello articula conocimientos de las ciencias sociales y busca abordajes holísticos de los problemas que conlleven a acciones efectivas en cuanto a la transformación

material y simbólica de la realidad. En ese sentido este estudio muestra que la salud materna es un área de estudio y práctica de interés para los salud colectivistas, porque:

1- facilita y requiere la visión integradora de discursos y prácticas coherentes con la visión de que la transformación social de la realidad requiere la acción colectiva y la movilización social de diferentes actores e intereses. Sobre todo, en un país y una región en la que la diversidad cultural dinamiza la vida en diferentes espacios de interacción.

2- permite identificar a las mujeres como actores sociales con derechos. Un colectivo con el que es necesario reafirmar los compromisos de acompañamiento y producción de conocimiento específico que aporte a la superación de los problemas de salud que las afectan.

3- reafirma la necesidad del trabajo intersectorial y el desarrollo de liderazgos sensibles para la superación de los problemas derivados de la vulneración de los derechos humanos.

4- el estudio realizado muestra que en nuestro contexto existen acciones colectivas de diferente índole, que, si se fortalecen y permanecen en el tiempo, podrán alcanzar a constituirse como un movimiento social por la defensa del parto respetado, similar al de otros países de la región que ya han avanzado en la incorporación de modelos integradores de atención del parto en sus respectivos sistemas de salud. Dicha integración podría ser un campo interesante y desafiante para la acción de los profesionales comprometidos con el enfoque de la salud colectiva.

18. REFERENCIAS

- Abadía-barrero, & et. (2007). Perspectivas Inter-situadas sobre el capitalismo en salud: desde Colombia y sobre Colombia. 12. Recuperado el 14 de julio de 2015, de <http://sedlocal.sedbogota.edu.co/dleusme/images/stories/saludalcolegio/perspectivas.pdf>
- Acunando. (2016). *Corporación Acunando, Gestación, Parto y Crianza*. Recuperado el 11 de 11 de 2016, de https://www.facebook.com/pg/Corporación-Acunando-509413859160917/about/?ref=page_internal
- AGNU. (02 de 11 de 1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Recuperado el 01 de noviembre de 2015, de Centro de Documentación de Bioética Universidad de Navarra: <http://www.unav.es/cdb/intderechos.html>
- Alarcón, A. M., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Recuperado el 17 de mayo de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alarcón, M. A., Sepúlveda, J., & Alarcón, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana De Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a10.pdf>
- Alarcón, N. M., Sepúlveda, A. J., & Alarcón, A. I. (2011). Las parteras patrimonio de la humanidad. *Revista colombiana de obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.
- Albertín, P. (2007). LA FORMACIÓN REFLEXIVA COMO COMPETENCIA PROFESIONAL. CONDICIONES PSICOSOCIALES PARA UNA PRÁCTICA REFLEXIVA. EL DIARIO DE CAMPO COMO HERRAMIENTA. *Revista de Enseñanza Universitaria* (30), 7-18. Recuperado el 13 de octubre de 2015, de <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/3/31/23.pdf>
- Alcaldía de Medellín. (2010). *Programa Buen Comienzo*. Recuperado el 20 de marzo de 2017, de http://mirror.unhabitat.org/downloads/docs/9116_38555_ProgramaBuenComienzoCOLOMBIA.pdf
- Alma Ata. (1978). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de noviembre de 2014, de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Andrade, R. (2005). Hacia una gnoseología del desaprendizaje dialógico cognosciente: Principios para desaprender en el contexto de la complejidad. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7(2), 2-13. Recuperado el 7 de 05 de 2017, de <http://redie.uabc.mx/vol7no2/contenido-andrade.html>

- Arango, J., Avendaño, F., & Martínez, I. (2012). *Demandas por responsabilidad médica atendidas en el centro de estudios en derecho y salud -CENDES- de la Universidad Ces. Medellín 2005 a 2009. Especialización en valoración del daño corporal Universidad Ces. Facultad de Medicina Salud Pública*. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de Universidad CES: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1648/4/Demandas_responsabilidades_medicas.pdf
- Araoz, S. C. (2007). Parto natural humanizado. *Scientífica*, 5, 14-18. Recuperado el 3 de junio de 2017, de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542007000200004&lng=es
- Archila, M. (2001). VIDA, PASIÓN Y...DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES EN COLOMBIA. En M. A. PARDO (Ed.), *Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia* (1 ed., págs. 17-47). Sánchez, De Narváez & Jursich.
- Arendt, H. (1995). *¿qué es política?* (9-156 ed.). (R. S. Carbó, Trad.) Munich: R. Piper GMBH & Co KG. Recuperado el 11 de 10 de 2015, de <http://sumak.cl/2AutoryExp/Arendth/Arendt%20,Hannah-%20Que%20Es%20La%20Politica.pdf>
- Asamblea Departamental de Antioquia. (21 de diciembre de 2015). *Antioquia.gov*. Recuperado el 19 de mayo de 2017, de Ordenanza por medio de la cual se crea la política pública departamental Buen Comienzo Antioquia, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y niñas desde la gestación y durante su primera infancia en el departamento de Antioquia: <http://antioquia.gov.co/ordenanzas/ordenanzas-2015/ORDENANZA%2026%20%20DE%202015-POLI%CC%81TICA%20DEPTAL%20DE%20BUEN%20COMIENZO.pdf>
- Ávila, M. B. (1999). Feminismo y Ciudadanía. En L. Escavone, & L. Escavone (Ed.), *Género y salud reproductiva en América Latina* (págs. 57-84). Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de https://books.google.es/books?id=ZGz0lQ9jgb0C&pg=PA57&dq=feminismo+y+ciudadania:+la+produccion+de+nuevos+derechos+maria+avila&hl=es&sa=X&ved=0CCAQ6AEwAGoVChMIudKq_ujzxwIVBRceCh3IjQMiv=onepage&q=feminismo%20y%20ciudadania%3A%20la%20produccion%20de%20nuevo
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos
Obstetric violence : another form of Human Rights violation. *Red Bioética UNESCO*, 25-34. Recuperado el 11 de septiembre de 2015, de http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

- Belmonth. (02 de 11 de 1979). *PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS*. Recuperado el 03 de noviembre de 2015, de Observatori de Bioética i Dret: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Belmonth. (02 de 11 de 1979). *PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS*. Recuperado el 03 de 11 de 2015, de Observatori de Bioética i Dret: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Beltrán, O. (2015). Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index de Enfermería*, 24, 49-53. Recuperado el 3 de mayo de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- Biurrún, A., & Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66. Recuperado el 15 de mayo de 2017, de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16876/173/la-humanizacion-del-trabajo-de-parto-necesidad-de-definir-el-concepto-revision-de-la-bibliografia>
- Borja, F. (2015). ABC. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Parto respetado, un desafío pendiente: <http://www.abc.com.py/especiales/fin-de-semana/parto-respetado-un-nuevo-desafio-1369024.html>
- Borrero, Y. E., & Echeverry, M. E. (julio-diciembre de 2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 62-82. Recuperado el 15 de junio de 2017, de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2589>
- Borrero, Y. E., & Echeverry, M. E. (2014). Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 76-89. Recuperado el 9 de noviembre de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100006&lng=en&tlng=es
- Boyle, J. (2003). Estilos de Etnografía. En J. Morse, & J. M. Morse (Ed.), *Asuntos Críticos en los Métodos de investigación cualitativa* (págs. 186-212). Medellín, Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Busquets, E. (2009). Declaración de Helsinki Asociación Médica Mundial, 2008. (I. B. Bioética, Ed.) *bioética & debat*, 15(56), 1-5. Recuperado el 03 de noviembre de 2015, de <file:///C:/Users/ESPERANZA/Downloads/Dialnet-DeclaracionDeHelsinkiDeLaAsociacionMedicaMundial20-3007210.pdf>
- Caballero, J. (Dirección). (2012). *Nacer Diario de Maternidad* [Película].

- Cairo. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo: Naciones Unidas. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Calderón, C. (2002). CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO. *Revista Española Salud Pública* (5), 473-482. Recuperado el 10 de octubre de 2015, de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora8.pdf>
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *rev venezolana de estudios de la mujer*, 147-162. Recuperado el 17 de febrero de 2015, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf>
- Camara de Diputados. (25 de agosto de 2004). *UNICEF*. Recuperado el 6 de junio de 2015, de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf
- Camara de Diputados. (1 de febrero de 2007). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 6 de junio de 2015, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Cano, C. M. (14 de junio de 2012). Atención ágil de maternas está en riesgo en Medellín. *El tiempo*. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de <Http://www.eltiempo.com/archivo/documento/cms-11945121>.
- Capra, F. (1982). *El Punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente*. (G. d. Ruiz, Trad.) México: Estaciones. Recuperado el 19 de octubre de 2015, de <https://books.google.com.co/books?id=vL5MXHejCGoC&pg=PA135&dq=modelo+biomedico&hl=es-419&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGoVChMIo4iMkdvbyAIVxxceCh3aWgi-#v=onepage&q=modelo%20biomedico&f=false>
- Castrillo, B. (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. *Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata. XI Jornadas de Sociología. 13 al 17 de julio de 2015*. La Plata. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4127/ev.4127.pdf
- CIOMS. (2002). <http://www.cioms.ch/>. Recuperado el 02 de noviembre de 2015, de PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Proyecto de Ley: Por la cual se establecen lineamientos para los programas de apoyo a la mujer en gestación, al que está por nacer y el parto digno. Bogotá, Colombia. Recuperado el 18 de febrero de 2015, de <http://www.secretariasenado.gov.co/PROYECTOS%20DE%20LEY%20PRESENTADO>

S%20EN%20NUEVA%20LEGISLATURA%202013%202014/PL%2024-13%20S%20PROGRAMAS%20DE%20APOYO%20PARA%20LA%20MUJER%20Y%20PARTO%20DIGNO.pdf

- Congreso de la República de Colombia. (2013). Proyecto de Ley en curso, Sentencia Constitucional 279/2013: Por la cual se protege la Maternidad y el Parto Digno y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Recuperado el 6 de junio de 2015, de http://www.camara.gov.co/portal2011/proceso-y-tramite-legislativo/proyectos-de-ley?option=com_proyectosdeley&view=ver_proyectodeley&idpry=1125
- Corte constitucional. (2005). Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-401/05. Unidad Normativa. Recuperado el 6 de junio de 2017, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2005/C-401-05.htm>
- Cortina, A. (2000). El sentido de las profesiones. Navarra, España: Verbo Divino. Recuperado el 17 de marzo de 2017, de <http://www.etnor.org/doc/A.Cortina-sentido-profesiones.pdf>
- Cruz, C. V., & Forero, V. A. (2016). Tesis. *La Partería: Saber popular que contribuye a la eliminación de la violencia obstétrica*. Villavicencio, Colombia: CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, UNIMINUTO FACULTAD CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://hdl.handle.net/10656/4363>
- DANE. (2016). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>
- Davis Floyd, R. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 5-23. Recuperado el 12 de 03 de 2017
- Davis-Flويد, R. (2001). Los paradigmas Tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International journal of Gynecology and Obstetric*, 75(1), s5-s23. Recuperado el 26 de febrero de 2016, de <http://www.youblisher.com/p/1437930-LOS-PARADIGMAS-TECNOCRATICO-HUMANISTA-Y-HOLISTICO-DEL-PARTO/>
- Declaración, OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado el 13 de 02 de 2016, de Declaración 2014: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1463/1/Violenciaobstetrica_aborto.pdf
- Díaz, Á. B. (2014). Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Arch Med Interna*, 36(3), 123-126. Recuperado el 11 de octubre de 2015, de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000300006

Dibene, B. (2015). *PUJA: basta de violencia obstétrica*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de TRANSEÚNTES.net: <http://www.transeuntes.net/2015/05/19/4461/>

Dorante, A. (2016). *Proyecto de Ley que promueve el parto humanizado*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Telearagua: <http://telearagua.com/sitios/noticias/proyecto-de-ley-que-promueve-el-parto-humanizado/>

Duque, J. (2013). Medellín pierde camas para la atención de partos. *El colombiano*. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de http://www.elcolombiano.com/medellin_pierde_camas_para_la_atencion_de_partos-JDEC_227358

El colombiano. (2012). La crisis hospitalaria es una constante amenaza de muerte. Recuperado el 14 de junio de 2015, de http://www.elcolombiano.com/la_crisis_hospitalaria_es_una_constante_amenaza_de_muerte-MVEC_188499

El espectador. (2016). *El espectador.com*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de Partería en el Pacífico nombrado como patrimonio inmaterial colombiano: <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/parteria-el-pacifico-nombrado-patrimonio-inmaterial-col-articulo-659231>

El Herald. (2016). Crisis en Hospitales Públicos. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <https://www.elheraldo.co/crisis-en-hospitales-publicos>

El Libertario. (2015). *Anarquismo y movimientos sociales Autónomos VENEZUELAS*. Recuperado el 16 de marzo de 2015, de El Libertario: <http://periodicoellibertario.blogspot.com/2014/08/violencia-obstetrica-perder-el-hilo.html>

El País. (2016). *El País.com.co*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de Partería tradicional del pacífico es declarada Patrimonio Nacional: <http://www.elpais.com.co/entretenimiento/cultura/parteria-tradicional-del-pacifico-es-declarada-patrimonio-nacional.html>

El Parto es Nuestro. (2015). *El Parto Es Nuestro crea el Observatorio de Violencia Obstétrica*. Recuperado el 16 de marzo de 2015, de El Parto es Nuestro: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-violencia-obstetrica>

El parto es nuestro. (2016). *Aportes a la Ley de Parto Humanizado de Ecuador*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/07/07/aportes-la-ley-de-parto-humanizado-de-ecuador>

- El Pulso. (2014). Propuestas para resolver saturación de servicios de urgencias en Medellín. Recuperado el 14 de junio de 2015, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1407jul/general/general-16.htm>
- El Tiempo. (2015). Ni las mejores clínicas tienen plata para sus nóminas. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16326635>
- El Tiempo. (2016). *El tiempo.com*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de Tradición de partería del Pacífico colombiano es patrimonio nacional: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16721365>
- El tiempo. (2016). Futuro incierto para los hospitales públicos de Antioquia. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16638686>
- Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos / What makes clinical research ethical ? Seven ethical requirements. (O. P. Salud, Ed.) *SIDORH*, 33-46. Recuperado el 3 de noviembre de 2015, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=299739&indexSearch=ID>
- Espín, L. F., & Núñez, D. F. (2016). Tesis. *La violencia Obstétrica y el Derecho a la Salud reproductiva*. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de Derecho. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://redi.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/23152>
- Espinosa, C. L., & Ysunza, O. A. (noviembre-febrero de 2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 16 (3), 293-301. Recuperado el 16 de marzo de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057010>
- Facio, A. (2003). Los derechos humanos desde una perspectiva de género y las políticas. (U. d. Andes, Ed.) *Otras Miradas*, 3(1), 15-26. Recuperado el 16 de octubre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18330102>
- FAME. (junio de 2007). *Federacion de Asociaciones de Matronas de España*. Recuperado el 25 de marzo de 2015, de FAME: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
- Faneite, J., Feo, A., & Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev obstetricia ginecología Venezuela*, 72(1), 4-12. Recuperado el 17 de febrero de 2015, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttext
- Fernández, A. (2017). Tesis. *Percepción de violencia de género en gestantes hospitalizadas por*

parte del personal de salud en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Ventanilla julio - agosto 2016. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP. de Obstetricia. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5820>

Flavia, A., Marques, J., & Blima, L. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde Institutional violence , medical authority , and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers Violencia institucio. *Saude Pública*, 2287-2296. Recuperado el 13 de octubre de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100015&script=sci_arttext

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*, 11(1), 3-25.

Freire, N., Luces, A. M., Mosquera, L., & Tizón, E. (2016). Prevención y detección de la violencia obstétrica. ¿Una necesidad en los paritorios españoles? *Rev Enferm*, 39(7/8), 512-516. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/ibc-154222>

Fundación Camino Claro. (2017). *Fundación Camino Claro*. Recuperado el 10 de 02 de 2017, de Gestar, Parir, Nacer y Criar con amor y consciencia Transforma el mundo. Esta es la verdadera revolución.: <http://fundacioncaminocla.wix.com/fccong#!contacto/c12yr>

Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Gallego, V. L., Vélez, Á. G., & Agudelo, J. B. (2010). Panorama de la mortalidad materna. En *Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal* (págs. 15-31). Recuperado el 3 de junio de 2017, de http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/CLAP/pdf/libros/libro1/panorama_dela_mortalidad_materna.pdf

García, D., & Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336. Recuperado el 13 de septiembre de 2015, de <http://scielo.sld.cu>

García, J., Díaz, Z., & Acosta, M. (2012). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciencia & Saude Colectiva*, 17(7), 1893-1902. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n7/29.pdf>

Gender Development Network. (2013). *Achieving Gender Equality and Women's Empowerment in the Post-2015 Framework (Alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las*

- mujeres en el marco de trabajo posterior a 2015*). Recuperado el 6 de junio de 2017, de <http://www.gadnetwork.org/storage/Achieving%20gender%20equality%20and%20women%27s%20empowerment%20in%20the%20post%202015%20framework.pdf>.
- Gherardi, N. (2016). *CEPAL Naciones Unidas*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar: <http://200.9.3.98/handle/11362/40754>
- Giner, S. (2001). *Teoría Sociológica Clásica* (1 ed.). España: Ariel Sociología, S.A. Recuperado el 13 de octubre de 2015, de <https://docs.google.com/file/d/0B1IOVOlpcC1qSFVpeTlvZWRjMmM/edit>
- GMFH. (2015). *Gut Microbiota for Health*. Recuperado el 14 de julio de 2016, de Proyecto de Microbioma Humano: <http://www.gutmicrobiotaforhealth.com/es/glossary/proyecto-de-microbioma-humano/>
- González Ortiz LD, G. A. (2014). Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.*, 35, 15-22. Recuperado el 17 de agosto de 2015, de <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Medicina/H.Investigacion/B.Grupos/nacerSaludSexualReproductiva/D.publicaciones/articulos>
- Green, J., & Hotelling, B. A. (2014). Healthy Birth Practice #3: Bring a Loved One, Friend, or Doula for Continuous Support. *J Perinat Educ*, 23(4), 194–197. Recuperado el 3 de junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25411539>
- Guber, R. (2001). *La etnografía Método, campo y flexibilidad*. Bogotá: Norma.
- Harman, T., & Wakeford, A. (Dirección). (2014). *Microbirth* [Película].
- Harman, T., & Wakeford, A. (2016). *oneworldbirth.net*. Recuperado el 14 de marzo de 2017, de El Viaje del Nacimiento un Mundo comienza: <https://www.oneworldbirth.net/about/>
- Hernández, B. & -M. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, 447-455. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n5/3996.pdf>
- Hernández, D., Gómez, E., & Sánchez, N. (2014). La microbiota intestinal en el desarrollo del sistema inmune del recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(4), 502-513. Recuperado el 6 de junio de 2017, de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n4/ped11414.pdf>
- Hernández, R. A. (2003). Posmodernismos y Feminismos: Diálogos, Coincidencias y Resistencias en. *Desacatos*, 13, 107-121. Recuperado el 10 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-

92742003000300008&lng=es&tlng=es.

- Ibacache, B. J. (1997). La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. *Proyecto de documentación Ñuke Mapu. Servicios de Salud Aracaunía Sur, Chile*. Chile. Recuperado el 17 de abril de 2017, de <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
- IBFAN. (2003). *Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe: Declaración de Ceará en torno a la Humanización*. (A. d. Ibfan-Alc, Productor) Recuperado el 11 de octubre de 2015, de IBFAN@LC informa: <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm#declaracion>
- INMP. (2014). *República de Perú. Ministerio de Salud*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Implementación de la atención del parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal.: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2014/016.pdf>
- INMP. (2017). *Instituto Nacional Materno Perinatal Lima, Perú*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de ¿qué es el parto humanizado?: <http://www.inmp.gob.pe/servicios/que-es-el-parto-humanizado/1435759242>
- INSGENAR. (diciembre de 2008). *Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos*. Recuperado el 15 de febrero de 2015, de Instituto de Género, Derecho y desarrollo- INSGENAR: <http://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>
- IPPF. (2015). *Poder decidir, abre un mundo de posibilidades. Salud y derechos sexuales y reproductivos: la clave para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de Federación Internacional de Planificación Familiar: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_2020_gender_2015_spa_web.pdf
- Iranzo, C., & Castañeda, H. (2007). Mujer y economía informal. En *Temas de formación sociopolítica* (Vol. 47, pág. 73). Caracas, Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés. Recuperado el 14 de septiembre de 2015, de https://books.google.es/books?id=XASd3BoIHmgC&dq=violencia+obstetrica&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Jaramillo, Á. (2013). TESIS: SEGURIDAD DEL PACIENTE: significados construidos por los profesionales de enfermería en un municipio de Antioquia.
- Jiménez, S. (2013). El sentido de ser médico: Recuperar la práctica integral. *Tesis para optar al título de Magíster en salud colectiva*.
- Jiménez, W. G. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Univ. Sergio Arboleda*, 7, 31-46. Recuperado el 16 de octubre de 2015, de http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/revista12/enfoque_DDHH.pdf

- Kari, A. (2013). *Amnistía Internacional*. Recuperado el 7 de mayo de 2017, de Millones de mujeres y niñas ven violados sus derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/millones-de-mujeres-y-ninas-ven-violados-sus-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-todo-el-mundo/>
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2012). *The doula book: How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth* Boston, MA: Merloyd Lawrence Books. Boston: Merloyd Lawrence Books.
- Kozhimannil, K. B., & Hardeman, R. R. (2016). Coverage for Doula Services: How State Medicaid Programs Can Address Concerns about Maternity Care Costs and Quality. *Birth*, 43, 97–99. Recuperado el 5 de junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27160375>
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de wordpress.com: <https://materiainvestigacion.files.wordpress.com/2016/05/kuhn1971.pdf>
- Lais, J. (2006). Caminos hacia una maternidad diferente. Un estudio sobre el parto vertical. *Tesis para la obtención del título de magíster en ciencias de la familia*. San Martín, Universidad Nacional, Argentina. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de Género. *Revista de Educación y Cultura*, 8, 14-20. Recuperado el 16 de septiembre de 2015, de <http://www.catedradh.unesco.unam.mx/webmujeres/biblioteca/Genero/LA%20PERSPECTIVA%20DE%20GeNERO.pdf>
- Lamus, D. (2009). Movimiento feminista o movimiento de mujeres en Colombia. *Centro de Investigaciones Socio - Jurídicas*, 121-132. Recuperado el 25 de marzo de 2017, de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=sociojuridico&page=article&op=view&path%5B%5D=1321&path%5B%5D=1286>
- Laza Vásquez, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 53-57. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100012>
- Laza, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 21, 1-2. Recuperado el 12 de junio de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012
- Laza, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 21, 1-2. Recuperado el 12 de 06 de 2015, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012

- Lopez, I., Cirujano, P., Delolmo, A., Sevilla, B., & Sanchez, R. (2007). *biblioteca.hegoa*. (EUROsociAL, Ed.) Recuperado el 10 de octubre de 2015, de Genero y Politicas de Cohesión Social:
http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/16763/original/Genero_y_politicas_de_cohesion_social.pdf
- López, V., & Diaz, A. (1998). EFECTOS DEL HATHA-YOGA SOBRE LA SALUD. *Rev cubana Med Gen Integr*, 14(4), 393-397. Recuperado el 18 de abril de 1997, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_4_98/mgi12498.pdf
- Luengo, I. (2016). *La tercera*. Obtenido de Parto humanizado y violencia obstétrica: Qué es y cómo hacernos respetar.: <http://www.biut.cl/maternidad/2016/05/que-es-el-parto-respetado/>
- Lutz, E., & Misol, S. (2006 – 2007). *Relacahupan - Uruguay Parto Humanizado*. Recuperado el 2 de octubre de 2015, de Recopilación de folletos y artículos sobre el tema Material de apoyo para los talleres de capacitación:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1267200481PartoHumanizado.pdf>
- Madariaga, C. (diciembre de 2008). Interculturalidad, Salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. (CINTRAS, Ed.) *Reflexión*, 36, 1-5. Recuperado el 5 de junio de 2017, de CINTRAS, Centro de salud mental y derechos humanos:
http://www.academia.edu/5111749/INTERCULARIDAD_SALUD_Y_DERECHOS_HUMANOS_HACIA_UN_CAMBIO_EPISTEMOL%C3%93GICO
- Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14, 71-89. Recuperado el 11 de septiembre de 2015, de electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.htm
- Mamas Tejiendo Caminos. (2016). *Mamas Tejiendo Caminos*. Recuperado el 11 de 11 de 2016, de <https://www.facebook.com/mamastejiendocamino/?fref=ts>
- Mamastejiendocamino. (2017). *Mamas tejiendo caminos*. Recuperado el 12 de marzo de 2017, de <http://www.mamastejiendocamino.org/>
- Martí I Puig, S. (abril de 2010). Los movimientos sociales en un mundo globalizado: ¿alguna novedad? (U. d. Salamanca, Ed.) *América Latina Hoy* (36), 79-100. Recuperado el 30 de agosto de 2015, de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/7413>
- Martínez, V. (2010). El microbioma humano y su potencial biotecnológico. En *Saavedra Torres JS, Zúñiga Cerón LF, Yasnó Navia PA, Díaz Córdoba WJ, Pinzón*.

- Menéndez, E. (1983). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En E. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (págs. 97-115). México: Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menendez, E. (2005). The Medical Model and Worker's Health. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado el 7 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&tlng=en.
- Mercado, F., & Robles, L. (2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? (U. d. Antioquia, Ed.) *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVI (2), 48-59. Recuperado el 15 de octubre de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n2s1/v26n2s1a03.pdf>
- Meza, L. G. (2003). El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento. *Revista Digital Matemática*, 4(2), 1-5. Recuperado el 30 de abril de 2017, de <http://funes.uniandes.edu.co/8120/>
- Mincultura. (2016). *Mincultura.gov.co*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de Las parteras del Pacífico colombiano son patrimonio del país: <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Paginas/Las-parteras-del-pac%C3%ADfico-colombiano-son-patrimonio-del-pa%C3%ADs.aspx>
- Minsalud. (1993). *RESOLUCION N° 008430 DE 1993*. Recuperado el 01 de noviembre de 2015, de www.unisabana.edu.co: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Minsalud. (2001). *Plan decenal de salud Pública, 2012-2021. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido de República de Colombia. Ministerio de salud y protección social: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>
- Minsalud. (3 de abril de 2006). Decreto 1011 de 2006. *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del sistema General de seguridad Social en Salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 02 de agosto de 2016, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Minsalud. (2011). *Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia -IAMI- Lineamientos*.

Recuperado el 25 de agosto de 2016, de Criterios globales para el cumplimiento de los diez pasos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y formulario de auto apreciación para instituciones de salud hospitalarias y ambulatorias:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

Minsalud. (2013). *Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias Colombia*. (M. d. social, Ed.) Recuperado el 17 de octubre de 2015, de Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013:
gpc.minsalud.gov.co/.../Guias.../Embarazo/GPC_Prof_Sal_Embarazo.pdf

Minsalud. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. (M. d. social, Ed.) Recuperado el 20 de septiembre de 2015, de Minsalud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

Minsalud. (2015). *Repositorio Institucional Digital*. Recuperado el 7 de mayo de 2017, de ABC del Sistema único de Acreditación en salud:
[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dctitlealternative:%22ABC%20del%20SUA%22%20OR%20dctitlealternative:%22Gu%C3%ADa%20del%20Participante%22%20OR%20dctitlealternative:%22Control%20estad%C3%ADstico%20de%20procesos%20en%20las%20orga](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dctitlealternative:%22ABC%20del%20SUA%22%20OR%20dctitlealternative:%22Gu%C3%ADa%20del%20Participante%22%20OR%20dctitlealternative:%22Control%20estad%C3%ADstico%20de%20procesos%20en%20las%20orga)

Minsalud. (2016). *Minsalud*. Obtenido de Ministerio de salud y la protección social:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Minsalud Argentina. (2017). *msal.gob.ar*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Parto respetado:
<http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>

Mocellin, R. M., Viesca, T. C., & Gutiérrez, M. D. (2011). Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49(3), 325-330. Recuperado el 10 de junio de 2017, de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=38673>

Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103. Recuperado el 20 de abril de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009

Monroy, S. (2012). El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. *Tesis de investigación presentada como*

- requisito parcial para optar al título de: Magister en Estudios de Género.* Bogotá, Colombia. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/1/soniaandreamonroy%20mu%C3%B1oz.2012.pdf>
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad* (Vol. 3 reimpreso 2006). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Montevideo Portal. (2014). *Instalan primera maternidad de parto humanizado en Uruguay.* Recuperado el 3 de junio de 2017, de <http://www.montevideo.com.uy/contenido/Instalan-primeramaternidad-de-parto-humanizado-en-Uruguay-223623>
- Morales, P. (2016). Una nueva forma de nacer. *Mujer.* Recuperado el 3 de junio de 2017, de <http://www.revistamujer.cl/2016/05/25/01/contenido/una-nueva-forma-de-nacer.shtml/>
- Muñoz, E. (2015). Moderar el entusiasmo por el “microbioma”: Apertura del debate científico. Recuperado el 6 de junio de 2017, de <http://www.biotekis.es/2015/06/18/moderar-el-entusiasmo-por-el-microbioma-apertura-del-debate-cientific>
- Muñoz, S., Castro, E., Castro, Z., Chávez, N., & Ortega, D. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 44(1), 39-44. Recuperado el 6 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=en&tlng=es.
- NACER (Dirección). (2015). *Parto respetado protegido y con sentido Medellín y Antioquia asumen el reto* [Película]. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=zcVfJG7j3_4
- Nacer. (2016). *Universidad de Antioquia.* Recuperado el 11 de 11 de 2016, de Grupo de Investigación Nacer: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicinas-salud/nacer/informacion-grupo>
- National Institute of Health. (2011). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? Recuperado el 3 de junio de 2017
- National Institute of Health. US. (2011). Recuperado el 3 de junio de 2017, de ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>
- Nieto, A. (2006). Parto Humanizado. *Ire Simposio de actualización en el cuidado perinatal. Manejo interdisciplinario y humanizado.* Fundación valle de Lilli. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de http://www.valledelili.org/sites/default/files/files/03_%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf

- Nüremberg. (02 de 11 de 1946). *El "Código" de Nuremberg*. Recuperado el 12 de noviembre de 2015, de Centro de documentación Bioética Universidad de Navarra:
<http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html>
- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*, 26(4), 368-376. Recuperado el 16 de octubre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>
- OACDH. (2015). *Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado el 17 de junio de 2015, de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Odent, M. (2007). *El nacimiento de los mamíferos humanos*. Recuperado el 12 de abril de 2017, de Obstare.com: <http://www.quenooosparen.info/documentos/Nacim.human.Odent.pdf>
- OMS. (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de marzo de 2017, de La Iniciativa Hospital Amigo del Niño:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1_es.pdf?ua=1
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de noviembre de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de Comunicado de prensa 10 DE ABRIL 2015 | GINEBRA:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030):
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adol
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de abril de 2017, de Objetivos de desarrollo del Milenio, Informe 2015:
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- OMS. (2016). *Comunicado de prensa 10 DE ABRIL 2015 | GINEBRA*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de Comunicado de prensa 10 DE ABRIL 2015 | GINEBRA:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de marzo de 2017, de Salud

- Materna: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Salud materna: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
- Onrubia, G. A. (2013). La lucha social en Brasil por un parto humanizado libre de violencia institucional. *Pueblos – Revista de Información y Debate*. Recuperado el 31 de mayo de 2017, de <http://www.revistapueblos.org/?p=15058>
- OPS. (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. (CLAP/SMR, Ed.) Recuperado el 10 de octubre de 2016, de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=200-herramientas-para-el-fortalecimiento-de-la-parteria-profesional-lineamientos-para-tomadores-de-decisiones-y-planific
- OPS. (2016). *Organización Panamericana de la Salud Colombia*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de Mujeres Parteras del Pacífico Caucaño Colombiano cuentan con el apoyo de OPS, OIM y USAID: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1199:mujeres-parteras-del-pacifico-caucano-colombiano-cuentan-con-el-apoyo-de-ops-oim-y-usaid&Itemid=442
- Orueta, S. R., Santos, C., Gonzalez, E., Fagundo, E., Alejandre, E., Carmona, J., . . . Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam*, 4(2), 150-161. Recuperado el 11 de octubre de 2015, de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>
- Ospina, G. (8 de mayo de 2016). En la Clínica León XIII ya no nacen los niños de Medellín. *El colombiano*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://www.elcolombiano.com/antioquia/en-la-clinica-leon-xiii-ya-no-nacen-los-ninos-de-medellin-XH4108088>
- Ospina, N. (22 de enero de 2014). 36% de los partos en Medellín, por cesárea. *El colombiano*. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de Http://www.elcolombiano.com/36_de_los_partos_en_medellin_por_cesarea-laec_278982
- Pacheco, G. (2016). *Las dos orillas*. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de ¿Por qué la partería tradicional es patrimonio cultural e inmaterial de Colombia?: <http://www.las2orillas.co/la-parteria-tradicional-patrimonio-cultural-e-inmaterial-colombia/>
- Panchi, A. (2013). *Las prácticas de la crianza durante el embarazo y el parto en las*

- comunidades indígenas Chakiama y la zona de Dabeiba*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de Tesis de grado optando al título Licenciado en Pedagogía de la Madre Tierra con énfasis en Salud Comunitaria Intercultural Universidad de Antioquia, facultad de educación: <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/131/1/EB0292.pdf>
- Pavón, I., & Cabrera, C. (2008). La Humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. *UNIMAR*, 31-35. Recuperado el 17 de marzo de 2017, de www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/77/63
- Petchesky, & Rosalind, P. (2012). *INAU*. Recuperado el 14 de octubre de 2015, de Derechos sexuales Inventando un concepto, Trazando el mapa de la práctica internacional: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/petchesky.pdf>
- Pieschacón, C. (2013). Partería urbana en Bogotá: Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto. *Monografía de grado Escuela de Ciencias Humanas Programa de Antropología*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4679/1026272837-2013.pdf?sequence=1>
- Pinilla, A. E. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Médica Colombiana*, 36(4), 204-218. Recuperado el 6 de mayo de 2017, de <http://www.actamedicacolombiana.com/cont.php?id=66&id2=626>
- Por el derecho a elegir como parir. (2013). *Blog*. Recuperado el 17 de marzo de 2015, de Una mano bastará para arruinarme (pero una “loca” bastará para sanarnos): <http://www.porelderechoaelegircomoparir.blogspot.com.ar/>
- Portela, H., Astaiza, N., Guerrero, N., & Rodríguez, S. (2013). Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Revista Universidad y Salud*, 15(2), 238 – 255. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de <http://revistasalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/03/Rescatar-la-medicina-tradicional.pdf>
- Presidencia de la República de Brasil. (7 de abril de 2005). *Presidencia de la República, casa civil, asuntos juridicos*. Recuperado el 6 de junio de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- RAE. (2014). *dle.rae.es*. Recuperado el 13 de octubre de 2015, de Diccionario de la lengua española, Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?w=iniciativas&m=form&o=h>
- Red 21. (2017). *Semana Mundial del Parto Respetado 2017: “¿40 semanas? respetemos los tiempos del nacimiento*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de

<http://www.lr21.com.uy/mujeres/1331564-semana-mundial-parto-respetado-2017-cesareas-tiempos-semanas>

Red Mundial de Doulas. (2017). Recuperado el 7 de mayo de 2017, de <http://www.redmundialdedoulas.com/coordinadoras-nacionales.html>

Reinoso, E. (2016). *Asamblea Nacional, República del Ecuador*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Un parto humanizado es posible en nuestro país: <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/blogs/elizabeth-reinoso/42938-un-parto-humanizado-es-posible-en>

RELACAHUPAN. (2007). *Parto humanizado: Recopilación de folletos y artículos sobre el tema*. Uruguay: Coordinación: Partera Elvira Lutz Ps. Sandra Misol. Recuperado el 17 de octubre de 2015, de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zkHzJnNyPtoJ:www.plancaif.org.uy/wp-content/files_flutter/1267200481PartoHumanizado.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co

RELACAHUPAN. (2007). *Parto humanizado: Recopilación de folletos y artículos sobre el tema*. Uruguay: Coordinación: Partera Elvira Lutz Ps. Sandra Misol. Recuperado el 17 de octubre de 2015, de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zkHzJnNyPtoJ:www.plancaif.org.uy/wp-content/files_flutter/1267200481PartoHumanizado.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co

República Bolivariana de Venezuela. (2006). *UNFPA*. Recuperado el 2 de junio de 2015, de http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf

Restrepo, L. (1995). Parteras, Comadronas y Médicos La instauración de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Universidad Pontificia Bolivariana*, 44(140), 34-42. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/upb/article/view/4670/4231>

Richard, F. B. (1 de septiembre de 2012). *BSR la Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS*. Recuperado el 13 de abril de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/cd005528_richardf_com/es/index.html

Rivero, O., & Tanimoto, M. (2005). *El Ejercicio de la Medicina en la Segunda Mitad Del Siglo XX: Tercera Parte*. Siglo XXI.

Rizo, A. (septiembre-diciembre de 2009). Partos atendidos por cesárea: Análisis De Los Datos De Las Encuestas Nacionales De Demografía Y Salud En Colombia 1995-2005. *Revista EAN* 67, 59-74. Recuperado el 4 de octubre de 2015, de

<http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n67/n67a05.pdf>

- Rodríguez, L. (1998). *Derechos Sexuales y Reproductivo en el marco de los Derechos Humanos*. Recuperado el 2 de agosto de 2015, de <http://si.easp.es/semanasaludmujeres/wp-content/uploads/2015/05/LiliaRodriguez.pdf>
- Rodríguez, M., Flórez, J., Moruno, & Pedro. (2012). Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas. Una aproximación desde la terapia ocupacional. Parte I. *TOG A Coruña*, 18. Recuperado el 16 de octubre de 2015, de <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/revision.pdf>
- Saavedra, J. S., Zúñiga, L., Yasnó, P., Díaz, W., & Pinzón, M. (2017). *EL MICROBIOMA HUMANO, UNA BIOLOGÍA ÚNICA QUE CONTRIBUYE EN NUESTRO DESARROLLO FISIOLÓGICO, ORGÁNICO Y METABÓLICO*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de Facultad Ciencias de la Salud- Programa de Medicina- Universidad del Cauca- Popayán - Colombia: <http://anmdecolombia.net/attachments/article/476/EL+MICROBIOMA+HUMANO+APORTE+ESTUDIANTIL+UNICAUCA.pdf>
- Sadler, M. (2003). “Así me nacieron a mi hija”. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. *Tesis para optar al Título de Antropóloga*. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología. Recuperado el 15 de octubre de 2015, de http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf
- Sandoval, C. C. (1996). *Investigación Cualitativa*. Icfes. Recuperado el 14 de 10 de 2015, de http://www.geocities.ws/ruben_aroqa/Manual.pdf
- Scharaiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud colectiva*, 10(3). Recuperado el 18 de junio de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652014000300002&script=sci_arttext
- Secretaría de Salud de Antioquia. (2014). *Secretaría de Salud de Antioquia*. Recuperado el 3 de junio de 2017, de Situación de salud del departamento 2014. salud sexual y reproductiva: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/0-5-sexualidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/5-sexualidad->
- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ*, 123-146. Recuperado el 10 de octubre de 2015, de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf

- Serrano, J., Pinilla, M., Martínez, M., & Ruiz, F. (2010). *Panorama sobre derechos sexuales y reproductivos y Políticas Públicas en Colombia*. (e. d. humanos, Ed.) Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Smith, C., Levett, K., Collins, C., & Crowther, C. (2011). *Relaxation techniques for pain management in labour*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de Cochrane Database of Systematic Reviews: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161453>
- Staff, W. M. (2003). *Legalinfo-Panama*. Recuperado el 10 de octubre de 2015, de La perspectiva de género desde el Derecho: http://www.legalinfo-panama.com/articulos/articulos_21f.htm
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tamayo, J. (2015). *Repositorio digital*. Recuperado el 1 de mayo de 2017, de Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1463>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). La Entrevista en Profundidad. En S. J. Taylor, & R. Bogdan, *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación* (págs. 100-133). Barcelona. Buenos Aires: PAIDOS.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidos.
- Terán, P., Castellanos, C., González, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 73(3), 171-180. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- Tilly, C., & Wood, L. J. (2013). *Los movimientos sociales 1768-2008. Desde sus orígenes a Facebook*. (Vol. 40). Barcelona: Barcelona: Crítica. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/achsc/v40n1/v40n1a19.pdf>
- Torralla Rosello, F. (2002). La ética del cuidado. En F. Torralba Rosello, *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas* (pág. 272). Madrid: MAPFRE.
- Torralla, F. (2001). *Cien valores para una vida plena: La persona y su acción en el mundo*. (M. T. 2003, Trad.) Lleida, España: Milenio.
- Torres, M. (2011). Diez años por un movimiento social en salud. *Le Monde Diplomatique Edición Colombia* (106). Recuperado el 9 de noviembre de 2015, de <http://www.alames.org/documentos/10anosmovsalud.pdf>

- Torres, M. (2011). *Diez años por un movimiento social en salud*. Recuperado el 31 de mayo de 2017, de desde abajo, la otra posición para leer:
https://www.desdeabajo.info/colombia/18496-diez-a%C3%B1os-por-un-movimiento-social-en-salud*.html
- UNFPA. (2013). *Igualdad de Género e Interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate. Serie atando cabos*. Recuperado el 10 de junio de 2017, de Fondo de naciones unidas para la población UNFPA:
http://iknowpolitics.org/sites/default/files/atando_cabos_may30.pdf
- UNFPA. (2017). *Día Internacional de la Partera 2017: las parteras salvan vidas*. Obtenido de <http://colombia.unfpa.org/es/news/d%C3%ADa-internacional-de-la-partera-2017-las-parteras-salvan-vidas#sthash.S0jj7fA0.dpuf>
- UNFPA Colombia. (2016). *Boletín #1. Estrategia de cooperación interagencial en salud materna neonatal indígena 2015-2019. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural, de derechos y de género*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de El Fondo de Población de las Naciones Unidas:
<http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BOLETIN%20N%201%20DEL%20PROYECTO%20INTERAGENCIAL.pdf>
- UNICEF. (2005). *UNICEF*. Recuperado el 13 de 04 de 2017, de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos Manual para su aplicación:
<https://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
- UNICEF. (2010). *Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI- Lineamientos*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2010_Lactancia/2010_lineamientos_IAMI.pdf
- Universidad Salamanca. (2014). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. (e. u. salamanca, Editor, & d. d. universidad, Productor) Recuperado el 25 de marzo de 2015, de Universidad de Salamanca: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/parto>
- Valdés, T. (2000). *De lo social a lo político: la acción de las mujeres latinoamericanas*. Lom Ediciones. Recuperado el 13 de noviembre de 2015, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=wz17VuuWW24C&oi=fnd&pg=PA5&dq=%C2%B7+Derechos+Reproductivos+2000:+Hacia+delante&ots=aZnTFEjueB&sig=aKFYAlTRyl7eWjxXPujs_DAZGMc#v=onepage&q&f=false
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., & Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto New evidence concerning an old issue: abuse against women in delivery rooms. *CONAMED*, 14-20. Recuperado el 16 de febrero de

- 2015, de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_ene-mar_2013.pdf
- Vallana Sala, V. V. (2016). Tesis. *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. Bogotá, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado el 29 de mayo de 2017, de <http://hdl.handle.net/10554/19135>
- Vasco, M. (2013). Estrategias de manejo mediante competencias no técnicas para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal. *Rev colomb anestesiología*, 41(1), 20–23. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90186074&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=341&ty=161&accion=L&origen=clysa%20&web=www.revcolanest.com.co&lan=es&fichero=341v41n01a90186074pdf001.pdf
- Vásquez, M. L., & Castillo, E. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 164-167. Recuperado el 1 de septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Wieland, L., Skoetz, N., Pilkington, K., Vempati, R., D'Adamo, C., & Berman, B. (2017). *Yoga treatment for chronic non-specific low back pain*. Recuperado el 6 de junio de 2017, de Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010671.pub2/abstract>
- Yasukawa, Y. (2014). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Recuperado el 22 de abril de 2017, de OPS: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=216:opinion-escojamos-el-amor-&Itemid=314
- Zaldúa, G., Sopransi, M. B., & Veloso, V. (2004). La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación. *XII Anuario de Investigaciones*, 115-122. Recuperado el 3 de noviembre de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100011
- Zemelman, H. (2003). *Los horizontes de la razón II. Historia y necesidad de la utopía*. España: Antropos .

19. ANEXOS

Anexo 1 Guía entrevista

Guía entrevista semi-estructurada investigación “Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017”

Explicación al participante:

Presentación del investigador.

Explicación de los objetivos de la investigación.

Lectura y explicación del consentimiento informado.

Elaboración de la encuesta sociodemográfica.

Objetivos:

1. Indagar por el origen de su participación en la iniciativa.
2. Indagar sobre la historia y el surgimiento de las iniciativas.
3. Conocer los objetivos y acciones desplegadas por las iniciativas.
4. Reconocer la valoración que le da el participante a las iniciativas.
5. Analizar el significado que le da el entrevistado a su participación en la iniciativa.

Nombre del participante:

Nombre del entrevistador:

Lugar y fecha de la entrevista:

Duración:

Área a explorar

Tipo de preguntas

Origen de su participación ¿Desde cuándo pertenece a la iniciativa?

	Cuéntenos ¿Cómo ingreso al grupo?
	¿Cuáles fueron sus motivaciones para ingresar al grupo?
	Cuéntenos su historia desde que ingreso al grupo hasta el día de hoy
Historia y surgimiento de las iniciativas	¿Desde cuándo nace el grupo?
	¿Cómo surge el grupo?
	¿Quiénes lo conforman?
	¿Qué tipo de agrupación es? (sin ánimo de lucro, corporación, institución, aspectos legales)
	¿Dónde se reúnen?
Objetivos y acciones de las iniciativas	¿Cuáles son los objetivos de la iniciativa?
	¿Cuáles son las actividades que realizan?
	¿A que grupos o personas van dirigidas esas actividades?
Valoración del participante a la iniciativa	¿Cómo se ha sentido con su participación en la iniciativa?
	¿Qué significa para usted pertenecer a este grupo?
	¿Qué espera usted lograr con su participación en esta agrupación?
Feminismo	¿tiene alguna afinidad con el discurso feminista?

Movimientos sociales ¿se consideran movimiento social?

Información

complementaria

¿Considera usted que falte algún aspecto por indagar que no se halla contemplado en esta entrevista?

Anexo 2 Encuesta sociodemográfica

- **Nombre del participante:**
- **Edad:**
- **Sexo:** femenino, masculino.
- **Nivel de instrucción de la población:** Analfabetas, primaria incompleta, primaria completa, bachillerato, técnico, profesional o postgrado.

- **Lugar de residencia:**
- **Estado civil:**
- **Cantidad de hijos:**
- **Seguridad social:**
- **Tiempo de pertenencia a la iniciativa para fomentar otros modelos de atención del parto y el nacimiento en la ciudad:**

Anexo 3 Guía de observación

La observación será realizada en las actividades que organicen las iniciativas ya sean en conjunto o individuales.

Observador:

Fecha:

Hora:

Lugar:

Tipo de actividad:

Objetivos de la observación:

Identificar iniciativas participantes: convocantes (personalidades y organizaciones).

Reconocer tipo de participantes a las actividades (familias gestantes, personal de salud, sociedad civil en general).

Identificar características como: interacción, posturas, propuestas, tendencias de participación, objetivos políticos, sociales y ciudadanos de cada participante.

Geografía y espacio: tiempos, lugares, escenarios y situaciones.

Anexo 4 Consentimiento informado

“Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017”

Esperanza Domínguez Ramos

Consentimiento informado para entrevista

Este formulario de consentimiento informado se dirige a mujeres y hombres que hagan parte de las iniciativas que fomentan nuevos enfoques para la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburra, Antioquia 2016 y que se les invita a participar de la investigación: “Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017”. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, mediante el acta N° CEI-FE 2015-29

Investigadora principal: Esperanza Domínguez Ramos, estudiante de X corte la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia.

Teléfono: 3146620118-5276383

Correo electrónico: espedomi@gmail.com

Organización: Universidad de Antioquia.

Información:

Yo Esperanza Domínguez Ramos, estudiante X corte de Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia, estoy investigando sobre las iniciativas que surgen en el Valle de Aburrá, para mejorar las condiciones en que es atendido el parto. Le voy a dar información y a invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si quiere participar o no. Antes de decidirse, puede consultarlo con alguien con quien usted se sienta cómodo para explorar la conveniencia o no de participar en la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me lo hace saber a medida que le voy informando para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede interrumpir la entrevista y preguntarme en cualquier momento.

Propósito de la investigación

Esta investigación se realiza a raíz de la problemática que se presenta en el modelo de atención del parto actual, algunas madres cuando van a tener sus bebés se sienten maltratadas por el personal de salud, se sienten solas porque no les dejan un acompañante, les colocan medicamentos que no necesitan y les hacen procedimientos sin su consentimiento o permiso. Además de ello, en ocasiones se realizan cesáreas que no se necesitaban, lo que coloca la salud de la madre y la del bebé en peligro.

En el valle de Aburrá surgen iniciativas o grupos que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento, estas iniciativas buscan un parto, como ellas mismas lo nombran: “respetado”, “humanizado”, “con-sentido”, que este acompañado del respeto por los

derechos humanos de las mujeres.

Esta investigación tiene el propósito de analizar estas iniciativas, cómo nacen, cuáles son sus objetivos, cómo se organizan, cuáles son sus estrategias de acción y de movilización.

A través del análisis, se pueden generar conocimiento o reforzar estas iniciativas para que el personal de salud y las familias gestantes se informen, debatan y reflexionen sobre la forma de lograr intervenciones asertivas, que conlleven a transformaciones para mejorar la atención de la mujer y su familia en proceso de gestación y el parto. Se pretende entonces contribuir a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y a su vez los derechos humanos de la mujer.

Se realizarán entrevistas en las cuales está incluida una encuesta con datos como: nombre, edad, sexo, nivel de instrucción, lugar de residencia, estado civil, cantidad de hijos, seguridad social y tiempo de pertenencia a la iniciativa, se concertará con usted el lugar, la fecha, la hora y la duración de la entrevista. Para efectos de claridad las entrevistas, si usted lo autoriza, serán grabadas y dicha grabación será totalmente confidencial.

Se realizarán observaciones durante eventos o reuniones que realice la agrupación o iniciativa a la cual usted pertenece, dichas observaciones serán informadas y concertadas con usted y el representante legal de su agrupación u otro que corresponda.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar en cualquier momento de la investigación, aún, cuando haya aceptado antes. Esto no generará ningún tipo de disgustos o represalias.

Riesgos

Se considera una investigación de riesgo mínimo ya que se pretende emplear técnicas y métodos de investigación como revisiones bibliográficas, entrevistas y observaciones sin realizar intervenciones o modificaciones intencionadas en las iniciativas, ni publicar ningún resultado sin ser validado por los participantes de la investigación.

Si bien se tiene la cautela de no tratar aspectos sensitivos, por tratarse de entrevistas a seres humanos, cabe la posibilidad de que afloren emociones o sentimientos que provoquen incomodidad o sensibilidad a la hora de usted contestar la entrevista; si esto llega a suceder, como primera medida se interrumpirá la entrevista, como segundo se realizará intervención escuchando y atendiendo sus necesidades y, por último, entre usted y yo buscaremos cuál es su red de atención en salud para solicitar cita o atención psicológica; además, si es el caso y decisión suya, se deberá suspender su participación en la investigación.

Beneficios

La información recolectada y analizada en esta investigación puede contribuir a reforzar estas iniciativas y fomentar la unión entre las agrupaciones que tienen los mismos objetivos. A su vez, puede producir conocimiento útil para nutrir la discusión sobre la problemática que puede ser utilizada en mesas de discusión que se generen.

Incentivos:

No recibirá ningún tipo de incentivo económico por su participación, pero si los beneficios que pueda obtener con el conocimiento que se genere a partir de este estudio y puedan ser aplicados por usted para reforzar las iniciativas en pro del objetivo de su grupo de trabajo. Además de ello, aquellos aspectos como pasajes y refrigerio que posibiliten su participación, correrán por cuenta del investigador.

Confidencialidad:

No se compartirá la identidad de los participantes en la investigación. La información que se recoja será exclusivamente para esta investigación y se mantendrá en confidencial. La información acerca de usted, que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance de personas ajenas a la investigación y nadie sino la investigadora principal y su asesora tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un seudónimo en vez de su nombre. Solo la investigadora principal sabrá cuál es.. Esta información y las grabaciones de las entrevistas serán guardadas en una base de datos creada por la investigadora principal en su

computadora, USB, Dropbox y correo electrónico personal, se irá archivando durante el período de la investigación y quedará en el archivo personal de la investigadora principal por un período máximo de 3 años, después de lo cual se desechará guardando las reglas de confidencialidad.

Resultados

El conocimiento que se obtenga por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad académica y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Agradezco su atención y espero que usted acepte participar en este proceso, ya que mi deseo es contribuir a través de esta investigación a la defensa de los derechos de la mujer y su familia en la atención del parto y el nacimiento en el valle de aburra, Antioquia 2016.

Se espera que al comprometerse con la investigación guardará absoluta discreción sobre cualquier asunto relacionado con la misma.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente.

Tengo clara la información de que esta participación no representará para mí o mi agrupación ningún beneficio económico o costo alguno. Pero sí, el acceso al conocimiento que esta genere. Se hará confidencialmente y se grabará con mi autorización cuando sea necesario para que haya una posterior transcripción que permita claridad en los conceptos.

Fui informado (a) claramente de todo lo concerniente a la investigación, y tengo claridad de que en cualquier momento puedo hacer preguntas, suspender la entrevista o retirarme de la investigación.

Desea participar de esta investigación Sí____ No _____

Nombre:

Cedula:

Código:

Teléfono celular:

Teléfono residencia:

Dirección electrónica:

Testigo 1 _____cc _____

Testigo 2 _____cc _____

Anexo 5 Autorización de las organizaciones o sus representantes para realizar la investigación

Autorización de las organizaciones o sus representantes para realizar la investigación “Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017”

Señor (a) (res):

XXXXXXXXXX

Representante legal (de la Institución, agrupación o quien haga sus veces)

Con el presente documento solicito autorización para realizar la investigación “Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017”

Investigadora: Enfermera Esperanza Domínguez Ramos c.c. 42843294, estudiante de la X corte de Maestría en Salud Colectiva de la universidad de Antioquia.

El objetivo general de la investigación es caracterizar las iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017, para producir conocimiento en torno a cómo las acciones sociales movilizan intereses en favor de la salud de las mujeres, especialmente sobre los derechos sexuales y reproductivos e impactan la sensibilidad social e institucional frente al tema.

La actividad que se realizará (en la institución, agrupación, etc.) y para la cual se está solicitando autorización son observaciones en algunas de sus actividades grupales y entrevistas que se realizarán a algunos de sus miembros que deseen participar voluntariamente y después de firmar el consentimiento informado.

Las entrevistas serán realizadas los días (posibles fechas) y con los siguientes participantes (personas de la agrupación que participarán) y las observaciones se realizarán en las actividades

que ustedes tienen programadas para los días (fechas de las actividades).

El beneficio que tendría la institución es el conocimiento que se pueda adquirir con los resultados de la investigación, de los cuales podrán surgir estrategias y recomendaciones para reforzar las iniciativas que lideran.

De igual manera, la información brindada por los participantes durante las entrevistas es confidencial y exclusivamente del conocimiento del investigador y su asesor, la cual será utilizada para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. Sólo, a solicitud del participante, este podrá tener acceso a la transcripción de la información para autorizar o no la inclusión en los datos. Al finalizar el proceso de análisis de información esta será socializada de forma grupal con los integrantes de la institución con el fin de discutir y validar los resultados para la publicación.

Los derechos de autor del estudio y sus resultados, son exclusividad del investigador principal Esperanza Dominguez Ramos.

Esperanza Dominguez Ramos

CC. 42843294

Investigadora principal

Anexo 6 Aval del tutor

Medellín, junio 16 de 2017

Profesoras

Beatriz Elena Arias López

Berena Patricia Torres Marín

Coordinadoras Maestría Salud Colectiva (10)

Facultad de Enfermería - Universidad de Antioquia

Cordial saludo.

En calidad de asesora de trabajo de grado y atendiendo los procedimientos administrativos de la maestría, por medio de la presente hago constar que he revisado el cumplimiento de los requisitos e indicadores de calidad del informe final de investigación titulado *Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2017*, realizado por la Estudiante Esperanza Domínguez Ramos, y estoy de acuerdo en que sea enviado a evaluación por pares.

Gracias por su atención.



Doris Elena Ospina Muñoz

Tabla 1
Clínicas y hospitales con servicio de maternidad y el enfoque IAMII en el Valle de Aburrá
2017 ²⁶.

Municipio	Clínicas y hospitales con servicio de maternidad			
	# públicas	Con política IAMII	# privadas	Con política IAMII
Medellín	2	2	12	3
Envigado	2	1	0	0
Itagüí	1	1	0	0
Bello	2	0	0	0
Caldas	1	0	0	0
Copacabana	1	0	0	0
La estrella	1	0	0	0
Girardota	1	0	0	0
Sabaneta	1	0	0	0
Barbosa	1	0	0	0
Total	13	4	12	3

²⁶ Se tuvieron en cuenta las clínicas y hospitales que contaran con servicio de hospitalización con más de una especialidad y fueran reconocidas en la ciudad, no se tuvieron en cuenta las clínicas estéticas, odontológicas, oftálmicas o de diagnóstico.

Tabla 2
Clínicas y hospitales con servicio de maternidad y el enfoque IAMII en algunos municipios cercanos al Valle de Aburrá 2017 ²⁷

Municipio	Clínicas y hospitales con servicio de maternidad			
	# públicas	Con política IAMII	# privadas	Con política IAMII
Rionegro	2	1	1	1
La Ceja	1	0	1	0
El Carmen de Viboral	1	1	0	0
Total	4	2	2	1

Tabla 3

Iniciativas que Fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburra y algunos municipios cercanos 2017. ²⁸

Nombre de la iniciativa	Carácter	Figura jurídica
Acunando	Colectivo	Corporación Sin ánimo de lucro
Mamas tejiendo caminos	Colectivo	Independiente

²⁷ Se tuvieron en cuenta las clínicas y hospitales que contaran con servicio de hospitalización con más de una especialidad y fueran reconocidas en la ciudad, no se tuvieron en cuenta las clínicas estéticas, odontológicas, oftálmicas o de diagnóstico.

²⁸ Datos recopilados de las páginas web de cada iniciativa.

NACER	Colectivo	Grupo de investigación universitario
NANAS	Colectivo	Fundación de voluntariado
Tras sus risas	Colectivo	Fundación, no se logró concertar entrevista

Tabla 4

Características sociodemográficas de las personas entrevistadas que pertenecen a las Iniciativas que fomentan la integración de saberes en la atención del parto y el nacimiento en el Valle de Aburrá y algunos municipios cercanos, 2016.

Sexo	Edad	Nivel de escolaridad	Lugar de residencia	Estado civil	# de hijos	Seguridad social	Tiempo en la iniciativa
F	32	Profesional	Envigado	Casada	0	Contributivo	4 años
F	32	profesional	Envigado	Casada	2	Contributivo	2 años
F	32	Profesional	Guarne	Casada	0	Contributivo	3 años
F	35	Profesional	Envigado	Casada	0	Contributivo	4 años
F	35	Técnico	Rionegro	Casada	1	Contributivo	4 años
F	43	Profesional	Pereira	Casada	2	Contributivo	4 años en Medellín
F	45	Técnico	Medellín	Casada	2	Contributivo	3 años
F	47	Profesional	Medellín	Casada	2	Contributivo	3 años

M	57	Postgrado	Copacabana	Casado	3	Contributivo	4 años
M	58	Profesional	Medellín	Casado	2	Contributivo	4 años