

Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 – 2016

Meanings of caregivers in the birth process, on relationships established with mothers during care, in some health services in the city of Medellín for 2015-2016

Juan David Arango Urrea

Investigación para optar el título de Magíster en Salud Pública

**Directora:
Mg. Diana Patricia Molina Berrío
Docente - Investigadora Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2017**

Dedico este trabajo a todas las madres del mundo que con un amor inconmensurable y un esfuerzo que no desfallece dan a luz a sus bebés... Y al personal de salud, que procura dotar de significado cada día su práctica asistencial.

Tabla de Contenido

| | Pág. |
|--|-------------|
| Lista de Tablas | 4 |
| Lista de Figuras | 5 |
| Lista de Anexos | 6 |
| Resumen | 7 |
| 1. Planteamiento del problema | 10 |
| 2. Objetivos | 17 |
| 3. Marco normativo | 18 |
| 4. Marco referencial | 20 |
| 5. Marco contextual | 23 |
| 6. Marco conceptual | 26 |
| 7. Metodología | 43 |
| 8. Consideraciones éticas | 52 |
| 9. Resultados y Discusión | 57 |
| 10. Conclusiones | 134 |
| 11. Recomendaciones | 137 |
| 12. Limitaciones y futuros estudios | 139 |
| Agradecimientos | 140 |
| Referencias Bibliográficas | 141 |
| Anexos | 154 |

Lista de Cuadros

| | Pág. |
|---|-------------|
| Cuadro 1. Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas que más partos atienden. Medellín, 2014. | 24 |
| Cuadro 2. Propósitos para la codificación en el diseño metodológico de la Teoría Fundada. | 44 |
| Cuadro 3. Objetivos relacionados con las diferentes técnicas propuestas. | 49 |
| Cuadro 4. Lista de Categorías Analíticas. | 58 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|---|------|
| Figura 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, mayo de 2014. | 23 |
| Figura 2: Propuesta Metodológica de la Teoría Fundada | 45 |
| Figura 3. Matriz de relación entre las 7 categorías interpretativas | 60 |
| Figura 4: Subcategorías que explican la categoría interpretativa 1 | 63 |
| Figura 5: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 2 | 73 |
| Figura 6: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 3 | 81 |
| Figura 7: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 4 | 87 |
| Figura 8: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 5 | 97 |
| Figura 9: Subcategorías que explican la Categoría Central | 108 |
| Figura 10: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 7 | 123 |

Lista de Anexos

| | Pág. |
|--|-------------|
| Anexo I. Instrumentos para la recolección de la información | 154 |
| Anexo II. Consentimiento informado | 166 |

Resumen

Objetivo del estudio: Comprender los significados que tiene el personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016. **Metodología:** Estudio de naturaleza cualitativa, usando la metodología propuesta por la Teoría fundamentada “TF” (Anselm Strauss y Julieth Corbin). **Resultados:** El personal asistencial presenta una riqueza de significados y experiencias en torno a las relaciones que establece con las madres durante su proceso de parto. Muchos de esos significados y experiencias están atravesados por el contexto en que ejercen su práctica diaria, por la formación recibida, por el conocimiento o desconocimiento sobre los DSSR y por algunos conceptos o imaginarios que se tengan en torno a la salud y educación para la salud. Todo esto puede influir o determinar en la humanización o deshumanización de dicho proceso.

Palabras clave: Derechos Sexuales y Reproductivos, Personal Asistencial, Violencia Obstétrica, Prácticas Obstétricas, Parto Humanizado.

Abstrac

Objective. To understand the meanings that health caregivers have in the childbirth process and on the relationships established with mothers during care, in some health services of Medellin during 2015-2016. **Methodology.** Qualitative study, using the methodology proposed by the Grounded Theory “GT” (Anselm Strauss y Julieth Corbin). **Results.** The care staff presented a large number of meanings and experiences concerning the relationships they establish with the mothers during the childbirth process. Many of these meanings and experiences are based on the context of their daily practice, the training received, the knowledge or ignorance about the DSSR and for some concepts or beliefs they have about health and education for health. All these aspects may influence or determine the humanization or dehumanization of the childbirth process.

Key words. Sexual and Reproductive Rights, Assistance Personnel, Obstetric Violence, Obstetric Practices, Humanized Childbirth.

.....

“Una mujer en trabajo de parto necesita sentirse segura, sin sentirse observada. Las necesidades básicas fisiológicas de un bebé recién nacido pueden resumirse en una sola frase: Un bebé recién nacido necesita a su madre. Cuando el proceso del nacimiento sea visto como un período de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia”.

Michel Odent - La cientificación del amor

“...Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto; es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de la atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro”.

Leonardo Boff - El cuidado esencial

1. Planteamiento del problema

La salud sexual y la reproducción son elementos esenciales en el proceso vital de los seres humanos y en el desarrollo de los pueblos. (1) La sexualidad es una dimensión relacionada con lo erótico-afectivo donde confluyen elementos como la capacidad de reconocerse, de relacionarse, de amar y de sentir. (2) La reproducción es a su vez un derecho básico de todos los seres humanos para decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello. Incluye al mismo tiempo “el derecho a adoptar decisiones respecto a su cuerpo de una manera autónoma sin sufrir discriminación, coacciones o violencia”.(1) Garantizar los “Derechos Sexuales y Reproductivos” (DSR) como los más humanos de todos y con un enfoque de género para el ejercicio pleno de la ciudadanía en un marco libre de violencias, igualdad, libertad y autonomía constituye un objetivo primordial para la Salud Pública de cualquier país. (3) Cuando estos son vulnerados en cualquiera de sus dimensiones suponen un elevado costo para los gobiernos, los colectivos y los individuos de cualquier sociedad. (4)

En este marco de derechos, el mejoramiento de la salud materna toma un papel protagónico. En efecto, la salud de las mujeres gestantes se ha transformado en un indicador muy importante en el desarrollo de las naciones y ha sido puesto en la agenda internacional como uno de los Objetivos para este Milenio. (5) Dicho objetivo, ha sido retomado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la convención de 2015 donde especialmente los objetivos tres y cinco para un Desarrollo Sostenible le están apuntando de una manera particular a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna garantizando al mismo tiempo una vida sana y la promoción del bienestar. (6) Al respecto, la Organización Mundial de la salud (OMS) declara que “en 2013, 289.000 mujeres fallecieron durante el embarazo o el parto... La mayoría muere porque no se dispone de suficiente personal competente en la prestación de atención de rutina o de emergencia” (7) y aunque para el 2015 la convención del Desarrollo Sostenible acepta que el número de muertes maternas ha disminuido, llama la atención acerca de aquellas muertes maternas que todavía se presenta y que para las regiones en desarrollo es 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas, una relación desproporcionalmente desigual y al mismo tiempo injusta. (6)

Mejorar la salud materna, implica implementar políticas en Salud Pública que garanticen el bienestar del binomio madre e hijo, especialmente en los momentos más críticos de la gestación entre los cuales el proceso del parto marca un momento trascendental y decisivo en la vida y la salud de la mujer y del recién nacido. (8) Sin embargo, estudios recientes revelan como precisamente es durante el parto cuando los derechos de la mujer son más vulnerados, transformándose ésta en un objeto de violencia por parte del personal asistencial

que las atiende en los centros de salud. (9) Según un reporte de la OMS en el 2014 “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”. (9)

Sin embargo, esta problemática parece contener subyacentes dos miradas que se juxtaponen entre sí y que definitivamente no pueden excluirse por el riesgo que supone perder una visión global de dicha realidad y las posibles causas que le determinan. Por una parte, se encuentra la violencia contra las mujeres en el proceso de gestar y dar a luz una nueva vida y en la otra cara se encuentra el personal de salud que en el terreno asistencial pueden actuar de acuerdo a escenarios generales tales como la cultura, el modelo médico hegemónico, el contexto del sistema de salud, la segmentación y la especialización de la práctica sanitaria, las condiciones laborales, la precariedad y saturación del sistema hospitalario, un recurso humano insuficiente para atender la demanda en maternidad, las políticas institucionales que coartan muchas veces la libertad y el criterio de los profesionales, la atención centrada en la tecnología o por el contrario la falta de insumos necesarios para atender a las gestantes y finalmente la poca o nula capacitación y formación al personal en temas como el parto humanizado, propiciando de esta manera prácticas de baja calidad en la atención obstétrica, lo que deriva en la negligencia y como última consecuencia, en expresiones de violencia institucional. (10) También a situaciones particulares como la formación recibida, el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de la mujer, (10) a los propios imaginarios, las demandas y expectativas de las pacientes y sus acompañantes; incluso asuntos como la inseguridad y el miedo frente a un evento trascendental como lo es el nacimiento. (11)

En la primera cara de la moneda tenemos entonces el contexto de las mujeres, las cuales son recluidas en el Hospital, alejadas de sus seres queridos, sometidas a ayunos prolongados, con grandes limitaciones para el movimiento, múltiples tactos vaginales, violaciones continuas de su intimidad, falta de confidencialidad y procedimientos muchas veces rutinizados como la ruptura artificial de membranas, la episiotomía, el uso de fórceps, maniobras arriesgadas como el Kristeller, el parto en posición horizontal, la separación inmediata de los hijos al nacer y aún más preocupante la cesárea innecesaria o la esterilización artificial no consentida. (12) Como consecuencia de estas prácticas las mujeres pierden la autonomía para decidir sobre sus cuerpos e impacta de forma negativa en su calidad de vida. (13) En efecto, la OMS en la Declaración de Fortaleza de 1985 sobre “Tecnología adecuada para el parto” hace una exhortación contundente al ver el nacimiento como un proceso fisiológico natural y no como una enfermedad, por el contrario invita a reflexionar en este hecho como un acontecimiento íntimo y único en la vida de toda mujer y de su familia. (14)

Frente a la segunda cara de la moneda, algunos estudios revelan al personal de salud imbricado en escenarios particulares que pueden condicionar muchas veces sus acciones y/o decisiones respecto al tratamiento y cuidado de los pacientes; este accionar llega muchas veces a naturalizarse como parte inseparable de las prácticas del día a día. (15) Datos epidemiológicos muestran como estos contextos contribuyen al mismo tiempo a deteriorar la salud y el bienestar de los mismos con una prevalencia en ciertos países de hasta el 59%. (16) Un estudio realizado en algunos países de Centro y Sur América reveló que el estrés laboral, denominado también Síndrome de Burnout presenta una media de 40,75% para el personal sanitario de los países estudiados, (16) una cifra bastante considerable que toma mayor relevancia cuando se reflexiona sobre la responsabilidad de trabajar con vidas humanas. Quedarse sin embargo, en este último terreno, implicaría ver solo la punta del iceberg, por lo que se hace necesario reflexionar sobre otros asuntos que toman un papel preponderante y que pueden determinar en mayor o menor grado las relaciones que el personal de salud establece con las madres durante el proceso del parto.

Desde el siglo XVIII el desarrollo de la medicina científica y los avances de nuevas tecnologías, replegaron otros saberes e ideologías alternativas, muchas de ellas ancestrales, implantando de esta manera prácticas y teorías en las que la medicina occidental fue identificada como la única forma de atender la enfermedad y restablecer la salud y el bienestar de la población. (17) Una visión legitimada por el Estado y por los criterios científicos que se establecieron en el nuevo mundo. De esta manera aparece dentro de la estructura social un nuevo modelo, que para algunos pensadores como Menéndez ha sido denominado “Modelo médico hegemónico”. (18)

Derivado de este modelo, a mediados del siglo pasado se introdujo un cambio de paradigma, en el cual el parto es institucionalizado, convertido en un acto médico y centrado en la tecnología, para dejar de lado aspectos esenciales para la familia. (19) En este cambio de paradigma los médicos sustituyeron a las parteras en los partos normales, los hospitales reemplazaron a los hogares, el equipo de los hospitales ocupó el lugar de la familia como apoyo en el parto, la posición de litotomía acostada desplazó a las posturas verticales, el examen del recién nacido en los primeros 20 minutos sustituyó al contacto materno, la leche artificial reemplazó a la leche materna y la mesa de calor radiante y la incubadora sustituyeron a la madre. (20) En efecto, “este proceso natural de vida, convertido en procedimiento médico, la mujer es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un producto fetal”. (13)

Este modelo, se encuentra insertado en el corazón mismo de la estructura social y por lo tanto continua siendo reproducido y legitimado por el Estado, la academia, los profesionales y los grupos sociales. (18) El personal sanitario es protagonista en la reproducción del modelo médico hegemónico, transformándose en actor y

victima al mismo tiempo. (21) Esto último en consonancia a las teorías de Bourdieu y Passeron quienes refieren que aquellos que detentan el poder enmascaran la reproducción de cierto orden social a través de múltiples mecanismos, en especial aquellos que aparentan mayor neutralidad (22) como por ejemplo la academia y la comunidad científica. Sin embargo, la vida centrada en lo biomédico está relacionado con otros problemas no menos importantes y que derivan de un mundo capitalista que se sustenta en la materialización de la vida, en una globalización perversa y en el servicio al imperio del dinero; un mundo fabulado que genera inercia y nos hace creer que el orden establecido es natural e inamovible.(23) Este paradigma neoliberal y naturalizado trae consigo asuntos como la mercantilización de la salud, la medicalización, tecnologización de la vida y la flexibilización laboral.

La mercantilización de la salud es un fenómeno que definitivamente atraviesa la vida de todos los seres humanos, en especial aquellos grupos más vulnerables y que continúan siendo cada vez más excluidos. (24) Pero este asunto, también toca al personal asistencial quienes día a día además de realizar su trabajo tienen que dar la cara y resolver los múltiples problemas de una población que se le ha quitado el derecho a la salud universal, en una lógica de mercado, de privatización, de capacidad de pago, de paquetes básicos para los pobres, de segmentación y estratificación y orientada a maximizar las ganancias y la rentabilidad en aras de un sistema de salud concebido como negocio. (25) En este “negocio” se ha reducido el número de camas por habitante colapsando los centros hospitalarios, así por ejemplo en 1990 en las Américas se tenía una razón de 2.8 por 1.000 habitantes en 2012 la cifra descendió a 1.8 por 1.000 habitantes. (26) Otra consecuencia derivada de dicha mercantilización es la distribución desigual e insuficiente del recurso humano en salud, donde en algunos países de la región de las Américas se establece una razón de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes. Esta insuficiencia acentúa el colapso hospitalario, aumenta los tiempos para la atención y satura al personal asistencial. (26)

Aunado a este fenómeno se haya la medicalización de la vida, que se da como un proceso en que fenómenos que hacen parte del mundo de la vida y que siempre han constituido otros planos como lo social, lo espiritual entre otros se han transformado en procesos patológicos. (21) Milton Santos refiere que el mercado presenta una lógica perversa, produciendo primero a los consumidores, antes de crear los productos y esto a partir de una propaganda masiva, insistente y no pocas veces engañosa. Refiere al respecto “Tal remedio contiene el 1% de medicina y 99% de publicidad”. (23) De esta forma cuanto mayor es la oferta en salud más gente responde que tiene necesidades y enfermedades. (27) Esta extensión de etiquetado y creación de nuevas enfermedades ha llegado incluso al nacimiento, al envejecimiento, a la sexualidad y a la muerte. En la medicalización están subsumidos al mismo tiempo el papel de los profesionales, de los investigadores, de las casas farmacéuticas que ganan millones de dólares cada año y de los medios de comunicación que según Márquez y Meneu hacen ver la

medicina como una profesión omnipotente, lo que genera incertidumbre y temor en el personal sanitario, pero al mismo tiempo refuerza el modelo médico hegemónico. (27)

La Flexibilización laboral es otra de las consecuencias de la dinámica mercantilista. (16) Dicha flexibilización ha tocado profundamente al sector de los trabajadores de la salud precarizando sus condiciones de vida, aumentando la migración del talento humano, disminuyendo considerablemente sus salarios y condiciones laborales, aumentando la carga horaria y deteriorando su salud física y mental. (28) Un estudio realizado en Brasil por Marques y colaboradores (15) sobre violencia obstétrica desde la óptica de los profesionales de la salud encontró asuntos como prácticas cotidianas en un contexto difícil que se hace para bien de las gestantes y que por lo tanto acaba naturalizándose. Las dificultades que aluden encontrar diariamente son la sobrecarga de demanda en la atención, las condiciones estructurales y la precariedad de los recursos materiales para la atención y el cuidado de las madres. (15)

Colombia se inscribió desde hace ya 26 años en esta dinámica de capitalismo con un sistema que ha excluido, marginado y acentuado la desigualdad y la inequidad. (25) Para Borrero y Echeverry la reforma trajo consigo un “malestar social”, puesto que a medida que avanzó no fue capaz de resolver las inequidades históricas existentes; por el contrario aparecieron situaciones todavía más graves y excluyentes como los planes de beneficios POS, las barreras para la accesibilidad y la acentuación de una crisis hospitalaria que exterminó muchas clínicas y hospitales, dejó aún más desamparada a la población y desempleados a muchos trabajadores del sector salud. (29)

Este sistema ha degenerado en graves consecuencias para el personal de la salud, en especial para aquellos que forman parte del área asistencial. (30) Para Villar algunas de las consecuencias son: “La demora y retención de los salarios, el no pago de primas y otras prestaciones de ley y laborar en medio de increíbles limitaciones” En efecto algunos hospitales no han sido cerrados porque se sostienen en alguna medida con dineros de mesadas que deben a los trabajadores de años anteriores. (30) Otras consecuencias de la privatización son por ejemplo que las EPS y Clínicas privadas promueven prácticas que atentan contra el profesionalismo como el control de los costos en las acciones de salud, la disminución de los tiempos para atender a los pacientes y por ende para brindar educación, lo que se transforma en el mejor de los casos en mera información, la ausencia de espacios para la formación y actualización continua, la subcontratación con las famosas cooperativas de trabajo asociado, la intermediación por prestación de servicios lo que precariza las condiciones de los trabajadores de salud del país y contribuye finalmente a la desintegración y desnaturalización del ejercicio laboral. (30)

Este sistema de salud de Colombia ha saturado la red pública y privada con grandes problemas de oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios, altas demandas de los usuarios, insatisfacción de los mismos y condiciones que ponen en riesgo la vida misma como los denominados “paseos de la muerte”, (31) una realidad de la que no se han salvado ni siquiera las gestantes. (32) Lo peor es que a pesar de la nueva reforma aprobada “Ley 1751 del 16 de Febrero de 2015” en la cual se consagra el derecho fundamental a la salud, todavía hoy dicha reforma continua en proceso y aunque se encuentra en el tiempo para su implementación, (33) da la impresión que el Estado continua vendándose los ojos para hacer efectivas las reformas que trae consigo.

En Medellín la mecánica neoliberal y de mercado también ha contribuido al cierre de hospitales. (34) En un informe de Martha Arias en el 2015 acerca de la situación de las clínicas y Hospitales de la ciudad comenta como les adeudan a las entidades cerca de 2 billones de pesos, con la consecuente cartera vencida de más de 7 meses para pagar proveedores y atender los usuarios. Algunos hospitales han tenido que retrasar incluso el salario de sus trabajadores y cerrar servicios que no le generan alta rentabilidad como la obstetricia. (35)

En el Valle de Aburrá, algunos entes gubernamentales y universitarios como por ejemplo el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Antioquia – NACER – se han ido preocupando cada vez más por esta situación, fruto de ello se lanza en Medellín desde el año 2014 el “Galardón al cuidado materno-infantil” el cual se encuentra ya en su segunda versión, como una propuesta innovadora en el marco de “ciudades saludables” para premiar aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que se destaquen por el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad y la calidez en el cuidado y atención de madre-hijo. (36)

Sin embargo, en Medellín al igual que en Colombia hay una carencia de estudios que documenten la atención y el cuidado de las maternas y del recién nacido en las salas de parto y las problemáticas que se pueden estar generando allí como un evento de Salud Pública importante para la ciudad. Alrededor de las situaciones mencionadas surgen preguntas como: ¿es la violencia obstétrica un evento frecuente en las salas de parto de la ciudad o son casos aislados? Si se presenta, ¿de qué forma se da? ¿Qué factores influyen para que esto acontezca en dicho contexto? ¿El personal asistencial reconoce este tipo de prácticas? ¿Qué explicación le da el personal asistencial a la ocurrencia de este fenómeno?

Este estudio se encuentra anidado en un proyecto Macro sobre “Violencia Obstétrica”, el cual tiene en cuenta de manera muy especial en las voces y perspectivas de las mujeres, es decir en la otra cara de esta problemática, lo cual ayuda a tener esa mirada de conjunto sobre el fenómeno que se desea estudiar, sin excluir por supuesto al personal de salud.

Realizar entonces un estudio que logre identificar las experiencias y significados del personal asistencial en el proceso del parto tiene sentido en tanto permite identificar el estado del reconocimiento de los derechos humanos y los DSR por parte de los mismos hacia las mujeres. También es importante develar cómo se da la relación en el binomio - profesional/técnico de la salud – madre gestante -, y cómo se ponen en juego en dicha relación aspectos señalados por los estudios previos, como por ejemplo el ejercicio de una praxis hegemónica de poder y control simbólico, pensamiento y formación en salud, las condiciones laborales y el contexto institucional; así como otros aspectos que son propios de la mujer gestante y que pueden influir en dicha relación.

Esto con el fin de proponer miradas y alternativas en las que el personal asistencial pueda contar con escenarios propicios y condiciones laborales justas y dignas que lo orienten a la construcción de un trato humanizado y un servicio integral a la parturienta. Escenarios que re-creen la intimidad del hogar y que retornen el papel protagónico a la madre y a sus seres queridos en el acompañamiento de un acontecimiento tan trascendental como lo es el parto, donde el personal asistencial sea respetado y visto por los verdaderos protagonistas como un gran apoyo terapéutico, orientador y tranquilizador, pero siempre respetuoso de los DSSR de quienes van a protagonizar el nacimiento de un nuevo integrante de la familia. Otra necesidad que podría surgir a partir de esta investigación es la formación y actualización continuada de los técnicos y profesionales que participan en estos procesos, especialmente sobre parto humanizado, DSSR, calidad y seguridad para la atención y cuidado de la madre – hijo – familia de una manera holística, transdisciplinaria y transpersonal. Es decir un proceso en el que se transforme la EpS tradicional y se practique esa EpS crítica que emancipe a las madres y las libere de temores infundados, imaginarios desarticulados y mitos que se vienen tejiendo acerca del proceso del parto.

Frente a este problema y ante la necesidad justificada de realizar este estudio surgió entonces la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados que tiene el personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015-2016?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Comprender los significados que tiene el personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016.

2.2 Objetivos Específicos

Reconocer el significado que tiene el personal asistencial respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos y su relación con la atención a las madres en el proceso del parto.

Determinar la relación que existe entre las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial, de acuerdo con la formación académica recibida, el concepto que tengan de salud y de educación para la salud, el rol desempeñado en la institución y sus condiciones laborales.

Analizar la relación que existe entre las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial y la filosofía organizacional de la institución donde labora.

3. Marco normativo

Desde mediados del siglo XX la mujer comienza a tomar fuerza en el escenario geopolítico en una búsqueda incansable por la legitimación de sus derechos y por el ejercicio libre de su ciudadanía que continúa en nuestros días y que aún no termina. (37) Fruto de ello son los múltiples tratados internacionales que han ido apareciendo desde la carta de Naciones Unidas en 1948 donde se expresó la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (38) y que aunque no resolvió el problema de la violencia de género allanó el camino para diferentes pactos y declaraciones Internacionales tales como la Declaración sobre la Eliminación de la discriminación contra la Mujer en 1967 y actualizada en 1979 con la Carta sobre los Derechos de la mujer. (39) Cerraron el siglo pasado las Conferencias del Cairo (1) y la Convención de Belém do Pará en 1994 (40) y la Plataforma de Acción de Beijing en 1995. (41) En el nuevo siglo se abrió todo un panorama con el Objetivo 5 de la Declaración del Milenio, (5) al que le siguió el protocolo de la carta Africana en el 2003, (42) la campaña global para poner fin a la violencia contra la mujer en el 2008 (43) y finalmente la Convención por un mundo orientado hacia el desarrollo incluyente, resiliente y sostenible no podía dejar por fuera el papel de la mujer (44), máxime donde según ONU-Mujeres “es preciso contar con cambios profundos a nivel jurídico y legislativo para garantizar los derechos de las mujeres del mundo”. (45)

La violencia contra la mujer aparece entonces como una epidemia social en diferentes escenarios y contextos, (46) hechos que no sólo infligen graves daños y sufrimiento a las personas; sino que también desgarran sociedades enteras. (46) Una de estas formas es la violencia obstétrica la cual ha ido cobrando importancia en muchos países de América Latina como por ejemplo Venezuela, (47) Ecuador (48) y Argentina (49) ya que muchas mujeres continúan muriendo durante el proceso del parto; un suceso multicausal, pero en el que la OMS destaca la falta de competencias y calidad en la atención del personal asistencial. (9)

En Colombia no existen aún leyes que tipifiquen y controlen la violencia obstétrica, (50) la mayoría de normas solamente describen violencia doméstica y/o sexual. En efecto, la política sobre salud sexual y reproductiva de 2003 solamente desarrolla estos dos tipos de violencia contra la mujer. (51) El CONPES Social 147 refiere que uno de los ejes que se trabaja en salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo no deseado es el de la “desarrollo humano y proyecto de vida” el cual hace un fuerte énfasis en la prevención y erradicación de violencia de género a partir de estrategias y políticas públicas que debe ir desarrollando el país. (52)

En el momento actual Colombia cuenta con el Plan Decenal de Salud Pública “PDSP”, el cual en la dimensión “Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos” (3) hace una apuesta por un abordaje integral en las violencias de:

género, intrafamiliar y violencias sexuales refiriendo que “el género es una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones, principalmente para las mujeres” (3) y haciendo al mismo tiempo un fuerte llamado a erradicar brechas de género que aún hoy coexisten. Específicamente en el área de la Salud este plan incluye la categoría “Género” como un importante determinante de la salud donde coexisten relaciones asimétricas y hegemónicas que están inducidas por imaginarios y conceptos sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, la autonomía y el ejercicio de los derechos. (3)

Finalmente en Medellín, se tienen algunas políticas sobre Parto Humanizado que se han ido desarrollando gracias al grupo del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia – NACER – adscrito al Centro Latinoamericano de Perinatología, Desarrollo Humano y Salud Reproductiva de la mujer CLAP/SMR – OPS/OMS y que desde el año 2003 viene implementando políticas en la ciudad para un parto libre de violencias, naturalmente concebido y lo más humanizado posible. (53). Sin embargo todavía falta mucho por hacer, ya que si la violencia obstétrica no está tipificada como un delito (50) se continuará invisibilizando este tipo de situaciones que acarrear grandes costos para la vida de las mujeres y para cualquier sociedad. (47)

4. Marco referencial

Treinta y seis años han pasado desde que los gobiernos del mundo se reunieron para expresar con gran acierto que "...la máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz." (39) Sin embargo la Carta de los "Derechos de la Mujer" fruto de esta convención de 1979 y todas las demás políticas mundiales dadas en esta materia no han logrado erradicar del mundo las diferentes formas de agresión y violencia contra la mujer. (54) Una de estas formas - la violencia obstétrica - aparece tipificada en algunas regiones del mundo actual, (47) sin embargo todavía hay una brecha bastante amplia para erradicar la violencia contra las mujeres del mundo en cualquier forma que se presente, máxime cuando es ocultada, acallada o no hay suficientes estudios que la saquen de una manera contundente a la luz del panorama y la agenda mundial.

A continuación se realizará un análisis de los estudios relacionados con el tema de esta investigación, primero a nivel Internacional, posteriormente en América Latina y el Caribe para terminar en un rastreo sobre el desarrollo de esta problemática en nuestro país. Todo esto con el fin de poner en perspectiva la investigación que se desea realizar.

A nivel mundial se revisaron tres estudios, dos en España y uno en Estados Unidos. El primer estudio de España titulado "Nosotras parimos, nosotras decidimos" el cual fue realizado por **Fernández Guillén** 2006 analiza el papel protagónico de la mujer en el proceso del parto y la relación con el personal de salud, el cual puede tornarse violento por parte de los profesionales a partir de causas como: el estrés laboral, la despersonalización del ambiente hospitalario, una formación centrada en la patología y no en la salud y finalmente la abundancia de demandas hacia los obstetras que crea enemistad entre ellos y las usuarias. (55) Otra investigación realizada en España por **Olza Fernández** 2014 refiere que en ese país el estrés postraumático después de un parto llega incluso al 35%, el cual es a menudo el resultado de acciones u omisiones del personal que atiende este proceso. Encuentra además que existen múltiples razones por las que los profesionales de salud ejercen la violencia obstétrica, sin embargo se destacan en este estudio: la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto; el propio trauma no resuelto o el síndrome de estar quemado o burnout por sobrecarga laboral. (56)

En Estados Unidos un estudio realizado por **Thomson y Downe** 2008 encontró como las mujeres que se sentían violentadas referían que esta violencia se daba específicamente por las relaciones fracturadas con los cuidadores. En dichas relaciones ellas se sentían desconectadas, indefensas y aisladas; sus testimonios

expresaban sentirse irrespetadas como personas y vulnerado su derecho al consentimiento informado. El tratamiento recibido lo definieron como: “bárbaro, invasivo, terrible y degradante”. (57)

A nivel de América Latina y el Caribe, un estudio documental realizado por **Belli** 2013 refiere que la violencia obstétrica es un asunto de Salud Pública general en las Américas y que aunque toma matices de acuerdo al contexto, está dado casi siempre por la ignorancia que se tiene de esta problemática, por la invisibilización y naturalización de la misma y por supuesto por un estado y un sistema de salud enmarcados en una sociedad de control y en un sistema biomédico hegemónico. (48)

Continuando de Norte a Sur, en México se encuentra un estudio denominado: “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto” realizado por **Valdez Santiago y compañeras** 2013 el cual reporta que 11% de las mujeres del estudio refieren haberse sentido maltratadas y que el tipo de violencia más utilizado fue el verbal, aunque se encontraron también procedimientos sin consentimiento o innecesarios tales como tactos vaginales, administración de oxitócicos, colocación de sondas vesicales entre otros. El estudio aboga a su vez para que los profesionales conozcan y practiquen los DSR de las mujeres, ya que el estudio encontró como un hecho común el desconocimiento de dichos derechos en el personal de salud. (10)

En Cuba, a pesar de que es un país que históricamente ha presentado grandes avances en Salud, especialmente desde la atención primaria, con cifras inferiores en mortalidad materno-infantil a las del contexto latinoamericano, (58) la violencia obstétrica constituye una problemática que se evidencia continuamente. (59) En efecto, una investigación realizada por **García-Jordá y compañeros** 2012 revelan como el nacimiento es abordado siempre desde una perspectiva medicalizada con uso rutinario de intervenciones médicas que le roban todo protagonismo y poder de decisión a la gestante y su familia, constituyéndose esto en una forma de violencia física y de género en este país. (59) Los autores concluyen la necesidad de espacios propicios para el nacimiento, donde no impere la medicalización, tranquilos y propiciadores de gestantes y familias protagonistas del nacimiento de sus bebés. (59)

En Venezuela se encuentran algunos estudios, especialmente por ser un país bandera en la tipificación de la violencia obstétrica como delito. (13) Uno de estos estudios denominado: “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica” fue realizado por **Camacaro Cuevas** 2009 quien encuentra como un hecho trascendental el que la parturienta de nuestro tiempo tenga que ingresar siempre en un sistema hospitalario en el que es concebida por el personal asistencial como un enfermo más y por lo tanto tratada en forma medicalizante; fruto de esto se da una patologización del parto que se acentúa en la praxis médica hegemónica. (60)

Una investigación bastante amplia en las Américas se realizó en Perú por el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer “**CLADEM**” 1998. (61) La cual recogió un sin número de formas de violencia contra la mujeres en los servicios de salud de este país. El estudio se titula “**Silencio y Complicidad**” en atención a una “una compleja trama de silencios, temores y complicidades que contribuyen a ocultar la incidencia de prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres en el Perú”. En relación con la violencia obstétrica en dicho estudio se analizan narraciones de las mujeres en las que refieren desinformación, atención despectiva y maltrato verbal. (61)

En Brasil un estudio realizado desde la perspectiva de los profesionales por **Marques de Aguiar** 2013 encontró que el personal asistencial reconoce que existen prácticas discriminatorias e irrespetuosas contra la materna en la salas de parto como el uso de términos peyorativos, amenazas, regaños o negligencia sobre todo en el manejo del dolor. Sin embargo, estos profesionales no reconocen estas prácticas como una forma de violencia, sino como un ejercicio de autoridad en un contexto difícil y que se hace para el “bien de la paciente” lo que termina finalmente invisibilizando este tipo de violencia. (15)

En Argentina un estudio de la **CLACSO** realizado por **Schwarz** 2010 refiere que la violencia obstétrica tiene diferentes causas que en su mayoría atraviesan la concepción de un modelo biomédico hegemónico, la tecnificación de los servicios de salud, la sobrecarga y el estrés laboral y la formación universitaria que propaga silenciosamente un tipo de sociedad que define lo que es normal y lo que es patológico. (11)

Finalmente en Colombia y Medellín al hacer un rastreo documental a pesar de que se encuentran artículos de periódico, testimonios, algunas tesis de grado e incluso páginas de instituciones que están luchando contra la violencia obstétrica como por ejemplo la “Fundación Camino Claro”, (62) no se haya artículos indexados relacionados con esta problemática. Sin embargo, se trae un artículo de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Santander titulado: “Violencia obstétrica, un abuso invisible”, dicho estudio fue realizado por **Serrano** 2014 quien refiere que esta problemática se acentúa aún más en nuestro país en tanto ha sido invisibilizada y no reconocida como un problema grave de Salud Pública. (63) La esperanza es que en Colombia, se pueda generar leyes y políticas que erradiquen esta forma de violencia que sigue trayendo graves consecuencias para la salud de las mujeres, de los niños y de las poblaciones en general.

5. Marco contextual

Este estudio está enmarcado en la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, la ciudad - según la CEPAL- es el segundo centro económico más importante de Colombia y una de las principales sedes financieras, industriales y culturales del país. (64) Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, Medellín cuenta en 2015 con una población de 2.464.322 habitantes, lo que la convierte en la segunda ciudad más poblada de Colombia, (65) todavía hoy con algunos asentamientos inseguros. (66)

Este estudio se concentra en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud “IPS” habilitadas que dentro de su portafolio de servicios se encuentre la atención y cuidado al binomio madre-hijo durante el trabajo de parto, parto y postparto. La ciudad de Medellín contaba en el año 2013 con 1077 IPS habilitadas según datos entregados por la Secretaría de Salud Municipal en su informe de “Análisis de Situación de Salud”. (67) De estas IPS habilitadas 391 contaban en ese año con servicios de atención obstétrica (67) y solo 27 instituciones contaban con salas para la atención del parto. (67)

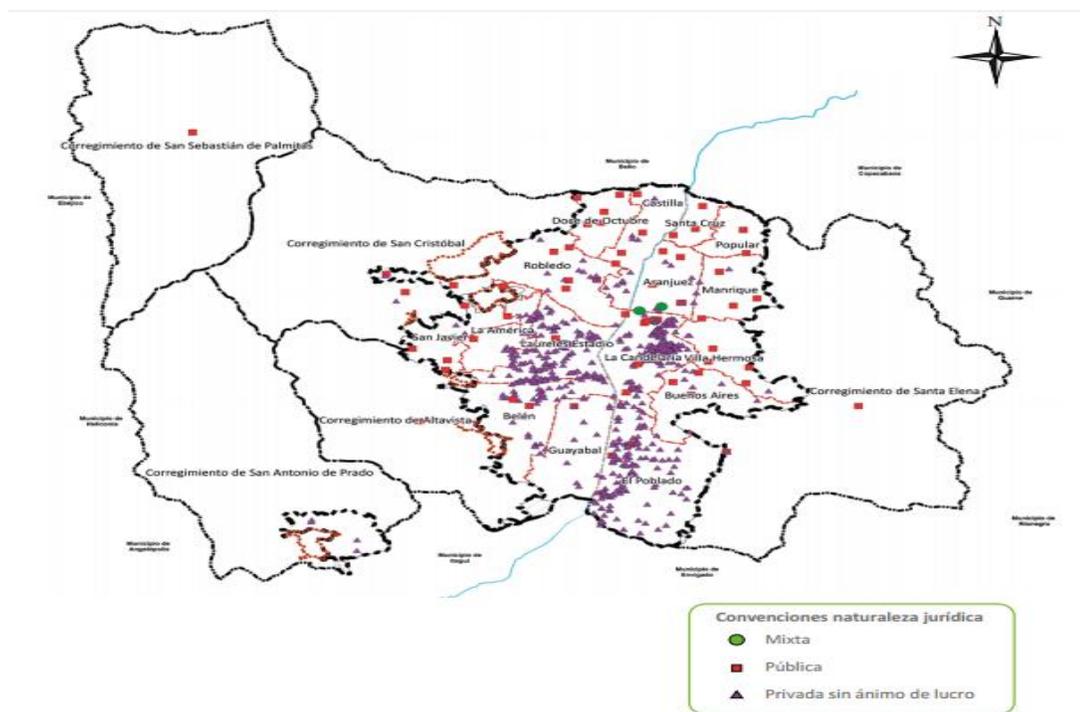


Figura 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, mayo de 2014. (67)

De acuerdo al número de nacimientos las 10 instituciones que más partos atienden en la ciudad (67) son las siguientes:

Cuadro 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas que más partos atienden. Medellín, 2014. (67)

| | |
|----|--|
| 1 | Clínica del Prado S.A. |
| 2 | E.S.E Metrosalud Manrique |
| 3 | Clínica Universitaria Bolivariana |
| 4 | E.S.E. Hospital General de Medellín |
| 5 | Clínica SOMA |
| 6 | Clínica El Rosario Sede Centro |
| 7 | Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta |
| 8 | Clínica Saludcoop Medellín |
| 9 | Hospital San Vicente de Paúl |
| 10 | Clínica El Rosario Sede El Tesoro |

Estas IPS se encuentran reguladas y normatizadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual ha segmentado y estratificado la atención de las usuarios de acuerdo a su capacidad de pago. (68) En efecto muchas de estas entidades devuelven a las usuarias o las re-direccionan hacia otros lugares por no tener determinados convenios con las entidades aseguradoras, hechos que conllevan a un descontento por parte de quienes solicitan los servicios y concentrándose así una demanda no satisfecha frente al personal y las instituciones que les devuelve. (69)

Este sistema que coarta además muchas decisiones de los profesionales de salud “El sistema de salud le quitó la potestad al médico y se la dio a las EPS para mover plata, para mover masas y plata... Aquí no se puede hacer nada, usted tiene las manos atadas...” (69) Todo esto va generando descontento en los pacientes y un profundo desánimo en el personal asistencial.(69)

Rubio presenta entre algunos aspectos concluyentes de su estudio que el SGSSS ha generado un sistema en el que al personal asistencial de las IPS se les mida en términos de productividad, eficiencia y cumplimiento de metas lo que no permite que los trabajadores saquen momentos para asuntos vitales como el comer, el descansar un poco o incluso asuntos fisiológicos e indispensables como ir al baño. (69)

Otro asunto que complejiza aún más el contexto es que cada año se están cerrando más salas de partos en la ciudad lo que no solo afecta el indicador por número de habitantes sino que hace aumentar el riesgo de una población altamente vulnerable como lo es la gestante y su hijo.(70) En efecto desde hace 3 años se han venido cerrando salas de parto progresivamente en diferentes

instituciones. (70) El panorama es aún más preocupante cuando se escuchan comentarios al respecto como: "Estamos alarmados porque a largo plazo va a ser muy grave para la ciudad. El servicio de la Clínica León XIII de maternidad cerró, el Hospital Sagrado Corazón y la Clínica Antioquia también. La Clínica del Norte en Bello, cuando abrió, no quiso abrir maternidad". (71) Todo esto ha llevado a la saturación de la red hospitalaria y generado insatisfacción de las pacientes y percepción de falta de calidad por parte del personal asistencial. (34)

Esta disminución de camas para la atención del parto supone entonces que las maternas se vean sometidas a una espera que no es precisamente la de su bebe y es la espera para los servicios de atención obstétrica que según datos estadísticos pueden llegar hasta 12 horas incluso estando en trabajo de parto. Esto indica además saturación de la red hospitalaria, congestionamiento de las salas de espera y de los servicios donde se atienden las gestantes y por su puesto una sobrecarga para aquellos técnicos y profesionales que realizan la atención directa a las pacientes. (72) En efecto, para el año 2013 en Medellín nacieron 27,418 niños y las instituciones de salud en Medellín atendieron 27. 418 nacimientos lo que equivale al 99.8% del total de nacimientos que se dieron para ese año en la ciudad. (67)

6. Marco conceptual

Los conceptos más importantes que se destacan y se desean abordar en esta investigación son: Salud, salud sexual y reproductiva (DSR), proceso del parto, género, control simbólico, violencia orientándose especialmente en la violencia contra la mujer y violencia obstétrica, finalmente se trabajará el concepto de comprender que es central en el objetivo general. Todos estos conceptos se revisarán desde diferentes pensadores y paradigmas.

El primer concepto es precisamente uno que engloba y enmarca ampliamente este trabajo de investigación: La salud. La salud, es tal vez uno de los conceptos más complejos de abordar, pues dicho concepto ha sido trabajado desde múltiples perspectivas epistemológicas, muchas de ellas sujetas a una cantidad de críticas. Lo que es claro es que es un concepto dinámico e inacabado, abordado por los seres humanos de acuerdo al contexto y a la época de la historia concreta en la que se le intenta definir. (73)

Se parte de que la conceptualización de Salud estuvo inicialmente ligada a la génesis de la enfermedad y a la perspectiva que se le atribuía a condiciones sobrenaturales en donde dioses, brujos y chamanes eran quienes tenían la capacidad de restablecer la buena salud. Algunos escritos antiguos como el Papiro Ebers, la Biblia, el Corán y el Talmud reflejan cómo se manejaban las enfermedades y las explicaciones dadas por esas generaciones, así como el manejo de los muertos. (74)

El concepto fue evolucionando y algunos pensadores como Hipócrates refiere que: “la dieta, el clima y la calidad de la tierra, los vientos y el agua son los factores involucrados en el desarrollo de las enfermedades”. (73) Es así como el enfoque biologicista fue desarrollándose cada vez más superando la era del oscurantismo medieval hasta llegar a la época de la revolución científica y más adelante la revolución microbiológica.

Surgieron así las explicaciones causales de la enfermedad (unicausal y multicausal), el análisis de su historia natural (agente, huésped y ambiente) y la clasificación anatómica de las patologías, lo que se convirtió en un obstáculo epistemológico que llevó a considerar la existencia de la enfermedad a partir del momento en que aparecía la lesión y se manifestaba por medio de los signos. La salud fue entendida como la ausencia de lesiones y de sus signos. (73)

Desde el siglo XX se inicia una nueva época que integra otras concepciones de salud, algunas de ellas institucionalizadas y ampliamente criticadas como las de la OMS: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. (73) Terris, por ejemplo, manifiesta que hablar de salud

como estado completo implica quitarle a la salud la posibilidad de entenderla como un fenómeno dinámico. (75)

Alma Ata retoma la concepción de salud de la OMS denominando a la Salud como un “derecho humano” fundamental, en una perspectiva de búsqueda hacia el estado más alto de salud posible en la que deben participar diferentes actores sociales, políticos, económicos entre otros. (73)

Otras visiones alternativas incluyen la de autores como Morales Calatayud (1999) quien la definirán como “proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales” (76) y la de San Martín (1984), que propone pensar que la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido. (77)

Para otros autores más contemporáneos y latinoamericanos la salud tiene que desligarse del fenómeno enfermedad, porque la salud siempre queda entonces en un punto ciego y es oscurecida por la enfermedad. (78) Así para Granda la salud está insertada en la vida misma y está determinada en gran medida por lo social. En esta misma línea apunta la Medicina Social Latinoamericana que con su pléyade de pensadores y teorías de la determinación social, señala que “la enfermedad tiene un carácter histórico y social y que “el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual”, es decir, que la historia social de un individuo condiciona su biología y determina la probabilidad de que este enferme de un modo particular”. (73) Para Ilona Kickbusch la salud se crea y se re-crea en aquellos espacios donde la gente vive, ama, trabaja y juega. (79)

Para esta investigación nos basaremos en el concepto de salud de Calatayud, Kickbusch y de los postulados de la Medicina Social Latinoamericana, puesto que la Salud y concretamente la Sexual y Reproductiva no es una realidad estática; todo lo contrario, es dinámica e inacabada y además está determinada no solo por lo biológico sino por los contextos históricos y sociales colectivos, particulares e individuales. “Es en los ambientes de la salud donde acontecen los hechos fundamentales de la vida humana: nacimiento y muerte, salud y recuperación, envejecimiento y ocaso. Se trata, pues, de un lugar de un interés extraordinario de cara a entender algo referente a la vida... El mundo de la salud es, pues, revelador de lo que vale el hombre” (80)

Continuamos con el concepto de salud sexual y reproductiva. La sexualidad y la reproducción como un concepto complejo engloba diferentes aspectos de la vida humana: biológicos, anatómicos, fisiológicos, psicológicos, afectivos,

conductuales, comunicativos, sociales y éticos. Es por lo tanto un concepto dinámico y pluridimensional que abarca toda la historia de la humanidad y por supuesto también la historia personal. (81) De acuerdo a la anterior premisa se deduce entonces que encontrar una definición acabada o terminada de este concepto se convierte en una utopía, puesto que es multiforme, extenso, profundo y variadísimo y además ha evolucionado en los diferentes periodos de la historia de la humanidad. (81)

Acerca de la sexualidad Michel Foucault, uno de los más prolíficos exponentes del concepto, expone como este ha evolucionado de acuerdo a los contextos de cada época y ha estado signado no pocas veces de definiciones reduccionistas, oscurantistas y religiosas. (82) En efecto, la herencia de este concepto ha llevado a que en el mundo actual hablar de sexualidad siga siendo un tema tabú. (83)

Para Freud la sexualidad es un fenómeno que rodea todo lo que es el ser humano y por lo tanto no es una “cosa” que aparece de pronto en las personas adolescentes, jóvenes o adultas. La crianza y la educación, así como la edad, la cultura, la región geográfica, la familia y la época histórica concreta inciden directamente en la forma en que cada persona vive su sexualidad. (84). Para el padre del psicoanálisis, la sexualidad es un asunto que se desarrolla en las diferentes etapas del ser humano desde su nacimiento y que en la mayoría de los casos es traumático y supone un gran desgaste psíquico para cualquier persona en su constante desarrollo. (84)

Para algunos filósofos como por ejemplo Foucault, la sexualidad es una expresión de la vida misma y no está enmarcada únicamente en la actividad sexual. La sexualidad da sentido a la identidad individual. Finalmente Foucault comprende la sexualidad como una experiencia vital humana, histórica, subjetiva, dinámica y por lo tanto cambiante en el tiempo.(82)

En cuanto a la reproducción se destacan las conceptualizaciones dadas por la Conferencia del Cairo en 1994 y la IV Conferencia sobre la mujer en Beijing en 1995. El Cairo deja a un lado el término de salud materno-infantil y lo amplía como salud sexual y reproductiva, para erradicar miradas reduccionistas que concebían a la mujer como un medio reproductivo, es decir únicamente como madre y cuidadora. (1) La mujer aparece como protagonista del nuevo orden mundial orientándola hacia una autonomía en todas las esferas del mundo social. El Cairo une la sexualidad y la reproducción en perspectiva hacia un disfrute y hacia la realización de la pareja cualquiera que sea su orientación sexual, quienes finalmente deciden el procrear o no, el conformar o no una familia con hijos y por supuesto el derecho a la planificación y a la información, así como a la maternidad segura y libre de cualquier riesgo. (1)

Beijing por su parte insiste en esos derechos sexuales y reproductivos para que las mujeres puedan ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las

cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia y reconoce la capacidad que tienen las mujeres para controlar su fecundidad, lo cual constituye al mismo tiempo una base fundamental para el disfrute de otros derechos. (41)

Para esta investigación se tomará la salud sexual y reproductiva, concepto de gran interés para la salud pública desde las orientaciones del Cairo y Beijing. Se presentan también a continuación los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se han denominado como:

Los más humanos de todos los derechos y representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido); ya que implican la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción. (85)

Para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 los DSR están dirigidos hacia dos componentes: el primero es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género y el segundo es la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. (3)

Estos derechos, están sustentados en diferentes convenciones y tratados internacionales. (85) Para esta investigación es de interés los derechos relacionados con la gestante, los cuales se enuncian a continuación, aclarando que no son los únicos que han sido establecidos.

- ✓ El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias e infecciones de transmisión sexual (ITS) (incluyendo el VIH/Sida).
- ✓ La libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas.
- ✓ El acceso a información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas sobre los aspectos relacionados con la reproducción.
- ✓ El derecho a recibir servicios adecuados de atención en salud que permita embarazos y partos sin riesgos. Es decir, una atención humanizada, segura y libre de violencias en la atención del parto.

En cuanto a la salud reproductiva propiamente emerge aquí un concepto relacionado; el cual es sumamente importante para esta investigación. Dicho concepto es precisamente el proceso del parto que no puede ser entendido únicamente como el momento del nacimiento, es decir cuando la cabeza del bebe se asoma al mundo y comienza la respiración pulmonar que es permitida en el recién nacido por hormonas como el cortisol y neurotransmisores como la adrenalina. (86) En efecto, esta parte del proceso es conocida como el expulsivo o el coronamiento del bebe. (87)

De acuerdo a las guías de práctica clínica mundiales y a la evidencia científica actual basada en meta-análisis o ensayos clínicos de alta calidad, el proceso del parto comprende tres etapas.(87) Las definiciones actuales refieren que el parto es el proceso que va desde el inicio del trabajo de parto (mayor a 2 cms de dilatación) hasta la etapa del alumbramiento que es la expulsión de la placenta.(8)

La primera etapa es conocida como el periodo de trabajo de parto o etapa de dilatación que comprende al mismo tiempo dos fases. La primera es una fase latente que comprende contracciones variables en frecuencia, intensidad y duración y que hace avanzar a la gestante hasta los 4 cms de dilatación. Aquí hay salida de un material sanguinolento conocido como el tapón mucoso.(87) La segunda fase es llamada fase activa y se caracteriza por una dinámica regular de las contracciones que van aumentando en frecuencia, intensidad y duración desde los 4 cms hasta los 10 cms de dilatación. Comúnmente durante esta fase ocurre la ruptura de las membranas amnióticas, conocida popularmente como la ruptura de la fuente.

La segunda etapa es conocida como el expulsivo o nacimiento y comprende el periodo desde la dilatación completa 10 cms, borramiento o acortamiento del 100% del cuello uterino hasta la salida completa del bebé.(87) En esta etapa la mujer experimenta deseos incontenibles de pujar, sudoración peribucal, abombamiento del periné, temblor y por supuesto cierto temor y actitud expectante frente al nacimiento de su hijo. (8) La evidencia contempla en el parto normal el pinzamiento y corte tardío del cordón de al menos dos minutos posparto, lo que favorece mejor adaptación cardiopulmonar del neonato e incremento de la duración de la lactancia. (87)

La tercera y última etapa es conocida como el alumbramiento y va desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. (87) Esta etapa es el periodo propicio para realizar el contacto piel a piel madre e hijo e incentivar la lactancia materna.(87)

En el proceso del parto existen además de los derechos sexuales y reproductivos, ciertos derechos que son propios de este momento trascendental en la vida de sus protagonistas, en el que según Michel Odent el personal de salud debería estar allí solamente como un espectador e intervenir únicamente en caso de ser necesario. (88) Para efectos de este trabajo se considera que lo más importante es generar una práctica humanizada donde algunas prácticas hegemónicas se puedan modificar. Burgo, líder en parto humanizado crea a partir de experiencias significativas con las gestantes un decálogo de los derechos en este proceso del parto, estos derechos son:

- ✓ Derecho a que no la consideren una enferma
- ✓ Derecho a pedir la participación de su pareja
- ✓ Derecho a tener miedo

- ✓ Derecho a elegir
- ✓ Derecho a sentirse dueña de su cuerpo
- ✓ Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias
- ✓ Derecho a sentir placer y a sentir dolor
- ✓ Derecho a expresarse según su necesidad
- ✓ Derecho al vínculo inmediato con su hijo
- ✓ Derecho al buen trato

Sin embargo, muchos de estos derechos son vulnerados en el proceso del parto; (9) en efecto la guía 412 para la Atención Integral del Embarazo, Parto y Puerperio en Colombia (8) haciendo eco a las recomendaciones de la OMS, realiza algunas recomendaciones especiales que se deben tener en cuenta durante dicho proceso. Estas recomendaciones son básicamente las siguientes:

Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el proceso del parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres no sólo por alguien cercano a ella sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo. Algunos estudios revelan como las mujeres que tuvieron este acompañamiento, especialmente por un ser cercano tuvieron menos probabilidad de analgesia intraparto, parto instrumentado, cesárea e insatisfacción. (8)

No se recomienda practicar monitoría electrónica fetal de rutina sin factores de riesgo durante el trabajo de parto. (8) Este hecho conlleva también a re-pensar en que la materna no debe estar reducida a la cama y por lo tanto hay evidencia de que la deambulaci3n favorece la buena evoluci3n del trabajo de parto. (87)

No se debe realizar amniotomía (Ruptura artificial de las membranas amnióticas) rutinaria durante el trabajo de parto para acortar la duraci3n del mismo. “No hay beneficios evidentes del uso rutinario de intervenciones como la aceleraci3n del trabajo de parto, la confinaci3n a la cama y la administraci3n de líquidos endovenosos”. (8)

No se deben hacer tactos o exploraciones vaginales de rutina. La evidencia demuestra que el aumento en las exploraciones se asocia el riesgo de infecci3n. Además, “el tacto vaginal durante el parto puede ser molesto y a menudo crea ansiedad y distrae a la mujer de la atenci3n que presta a su parto” (87)

Durante el trabajo de parto debe usarse analgesia para alivio del dolor según necesidad. (8) La evidencia científica, además, demuestra que el dolor es multicausal y no necesariamente obedece a alteraciones en el equilibrio fisiológico de la mujer. Por lo tanto, la respuesta ante el dolor debe enfocarse hacia diferentes frentes como por ejemplo la disminuci3n de la ansiedad a través del apoyo y la informaci3n, la disminuci3n de la angustia y la soledad a partir del acompañamiento de los seres queridos, la sensaci3n de enfermedad y descontrol

a partir de su participación activa en el proceso del parto.(87) Para Odent “durante el parto y nacimiento, el bebé libera sus propias endorfinas, de lo que se deduce que, en la hora siguiente al nacimiento, tenemos a una madre y a un bebé impregnados de opiáceos” Esto proporciona sensación de placer y bienestar, tanto a la madre como al bebé. (89)

Se debe suspender la aplicación de enema rutinario a las gestantes en trabajo de parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. (8) Según la evidencia esto no trae ningún beneficio, por el contrario supone diferentes inconvenientes comenzando por lo desagradable del procedimiento, especialmente para la gestante, el incremento del dolor durante el trabajo de parto, las cargas de trabajo del personal, pérdidas fecales que pueden aumentar el riesgo de infección y los costos que esto acarrea. La realidad es que su uso, sólo refleja una preferencia del personal asistencial. (87)

Se debe suspender el rasurado durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. (8) Está comprobado que no disminuye el riesgo de infección, por el contrario “ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a la colonización de microorganismos. Además, es desagradable y causa intenso malestar y prurito durante el período de crecimiento del vello”. (87)

Se debe suspender la episiotomía rutinaria durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. (8) La episiotomía de rutina presenta una pobre evidencia científica y está muy debatida. Cuando no se realiza incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al egreso hospitalario. (87)

Se debe evitar la posición de litotomía (acostada) durante el proceso del parto. (8) La evidencia demuestra que “Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de duración)”. (87) La evidencia recomienda que la parturienta debe asumir la posición que le sea más cómoda. (87)

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones. (8) El pujo inducido está cada vez más debatido, el profesional solo debe ser un orientador previo. La evidencia demuestra que el pujo dirigido cuando no se requiere aumenta la posibilidad de presentar disminución de la capacidad vesical y urgencia urinaria. (87)

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller). (8) La evidencia demuestra que esta maniobra es poco eficaz en la segunda etapa del proceso del parto y que además supone un gran

riesgo materno-fetal como la ruptura uterina en la gestante y disminución de la oxigenación en el bebé. (87)

La evidencia también demuestra lo que debe realizarse en un proceso de parto lo más naturalmente posible y con la más alta calidad y humanización. En efecto, se sugiere que “una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familiares una experiencia positiva. El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción”. (87)

Por lo tanto las parturientas deben ser tratadas con máximo respeto, disponer de toda la información y hacerlas protagonistas del proceso del nacimiento de su bebé. (87) El personal asistencial deberá establecer una relación empática, preguntar por sus expectativas y necesidades y apoyarlas en todo momento. Para esto deberán ser conscientes de la importancia que tiene su actitud, el tono de voz empleado, las palabras utilizadas y la forma en que se brinda la atención y se proporciona los cuidados. (87) Esto por su puesto es solo una orientación, lo más importante es transformar algunas prácticas hegemónicas que coartan la libertad y los derechos de las gestantes.

Finalmente la evidencia recomienda el contacto piel con piel, el pinzamiento tardío del cordón y el inicio precoz de la lactancia materna. En muchas culturas los recién nacidos son colocados sobre el pecho de la madre inmediatamente al nacimiento, esto es incluso un requisito indispensable en muchas de esas culturas para la supervivencia del recién nacido.(87) Sin embargo, en el medio hospitalario las mujeres son sustraídas cada vez más de su papel fundamental con el recién nacido, lo que trae efectos perturbadores y nocivos para la madre y su bebé. (87) Los bebés son entonces alejados inmediatamente del contacto materno y colocados en cunas de calor artificial para ser revisados y vestidos, evitando toda posibilidad del primer contacto en este momento crítico de la capacidad de amar. (88)

Para cerrar este concepto haremos referencia a Michel Odent quien a partir de la experiencia y la evidencia refiere la importancia que tiene el proceso del parto en la vida de la madre y su bebé y por supuesto en la relación y actitud que debe tomar el personal asistencial en esos momentos trascendentales. (89)

Primero que todo es importante hablar del coctel de hormonas, una de ellas – la oxitocina – también conocida como la hormona del amor. Tradicionalmente esta hormona ha sido asociada únicamente con procesos fisiológicos como el trabajo de parto, la secreción de la leche materna entre otros. Sin embargo, algunas investigaciones y estudios clínicos revelan como esta hormona tiene un papel

fundamental en las relaciones afectivas, en el vínculo materno-fetal y aún más en la capacidad de amar. (90)

Sin embargo para Odent, esta hormona solo se libera en condiciones muy especiales que deben ser garantizadas por el personal que acompaña en el proceso del parto y que además deben adaptarse a una cultura que no tiene por qué ser la propia. (91) Entonces, para Odent el personal asistencial debe garantizar total intimidad y salvaguardar ese recinto donde la parturienta vive ese momento maravilloso. En sus palabras “La fisiología lo tiene previsto y el cóctel hormonal que se produce durante el proceso de dar a luz. La penumbra es fundamental, ya que la luz inhibe la producción de melatonina y nos activa. La madre requiere no sentirse observada, y sentirse segura. La sensación de seguridad de la madre es más importante que si pare en casa o en el hospital. Las necesidades del bebé que nace son las mismas que las de la mamá, no podemos separar lo que le pasa a uno y al otro” (88)

Se concluye la conceptualización de proceso de parto con 5 puntos clave en la teoría de Odent relacionados con la atención y acompañamiento del personal y que se expresan a continuación. (89)

- ✓ La primera hora que sigue al nacimiento conforma todo un período crítico en nuestro desarrollo de la capacidad de amar.
- ✓ Como mamíferos que somos, las necesidades básicas de las mujeres a la hora de parir son: seguridad, intimidad y calidez ambiental.
- ✓ Es vital que los profesionales que atienden partos comprendan el significado y la importancia de la palabra "silencio".
- ✓ En nuestras sociedades, donde la sexualidad genital está considerablemente reprimida, los partos son más difíciles.
- ✓ El estado emocional de la madre embarazada tiene una mayor influencia a largo plazo sobre el niño que su estado emocional durante el primer año de vida del pequeño.

Para el proceso del parto se tomará la definición de la guía 412, las recomendaciones de la misma y la teoría de Michel Odent.

Pasando del proceso del parto cuyo dinamismo está centrado en la mujer aparece el concepto género, un concepto bastante amplio y que en perspectiva histórica ha sido trabajado por muchos autores y conceptualizado en consonancia con los procesos históricos y culturales. (92) En dichos procesos históricos se ha creído erróneamente que el género es sinónimo de mujer, conceptualización que en los estudios de género actuales ha sido superada, reconociendo sin embargo, que los modelos hegemónicos masculinos y patriarcales han afectado gravemente la vida de las mujeres. (3)

Sin un detenimiento en la historia de este concepto, pues no es el objeto de esta revisión, es importante resaltar que el género como un concepto de análisis crítico aparece en el siglo XX especialmente con los estudios del antropólogo John Money quien propuso el término “Rol de Género” y de Robert Stoller quien trabajó sobre la “identidad de género” y finalmente fue impulsado por el movimiento feminista de los años 70. (93)

Para este concepto se trabajarán brevemente desde dos autores y desde la propuesta del documento CONPES 161 y el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia. Los pensadores desde donde se revisará el género son Michel Foucault, que si bien nunca trabajo este término como tal, su teoría aporta muchos elementos a la construcción de este concepto y en segundo lugar desde Joan Scott quien desde 1990 viene realizando aportes frente al mismo.

Foucault aporta al concepto género en su vasta obra aspectos como: la singularidad de los individuos, la institucionalización, las relaciones de poder, los dispositivos de poder (biopoder), el uso del cuerpo; todo enmarcado en una la estructura macro y microsocia. (82) (94) (95) Desde un análisis que hace Guillen de Foucault (96) es clave el concepto de Biopoder, en el cual para esta autora en el pensamiento Foucaultiano se evidencia como distintas técnicas de poder actúan sobre el cuerpo de las mujeres. En el biopoder hay grandes recursos que los poderes hegemónicos actuales, usan para regular y actuar de forma directa sobre el cuerpo de las mujeres. En efecto, algunas estructuras institucionales se crean con el fin de favorecer, controlar y regular la sexualidad y el cuerpo de las mujeres. (96) Una de las estructuras hegemónicas en las que se podría destacar este biopoder es el modelo biomédico.

Dejando a Foucault, Joan Scott refiere que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que existen entre los sexos y al mismo tiempo es una forma primaria de poder en la que se distinguen cuatro dimensiones esenciales que son: la dimensión simbólica, la dimensión normativa, la dimensión sistémica y finalmente la dimensión subjetiva o de identidad. (97) Estas dimensiones aunque diferentes están íntimamente relacionadas y según Scott confluyen en la categoría género.(97)

El CONPES 161 derivado de la Política Pública Nacional sobre equidad de género “Decreto 1930 de 2013” (98) hace una apuesta para erradicar el control hegemónico tradicional y lograr la igualdad y la equidad. En este documento se hace un llamado a: “trabajar en la transformación cultural de los imaginarios y demás elementos explícitos y simbólicos que reproducen una cultura autoritaria y patriarcal fundamentada en exclusión y falta de reconocimiento de la alteridad, que han colocado a las mujeres en una situación de desventaja” .(99)

Por su parte el PDSP de Colombia trabaja ampliamente la categoría género. En primer lugar refiere que esta categoría “permite evidenciar que los roles,

identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir, que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra” (3) Sin embargo la historia del país, así como la de la humanidad nos muestra que a las mujeres se les atribuyo el espacio de lo privado caracterizado por funciones reproductivas que constituyeron su identidad primordial. (3) Referente a esto Lagarde manifiesta que “las mujeres han formado parte de una historia que las conforma como madres y esposas. La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres”. (100) A los hombres por el contrario se les otorga el espacio de lo público y el ejercicio del poder. (3)

En este orden de ideas el género es un concepto analítico que permite tener una comprensión integral de la sociedad, la política, la economía, la historia, entre otros y que visibiliza las relaciones de poder existentes en diferentes espacios, tanto públicos como privados. Es al mismo tiempo una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones.(3)

Específicamente respecto a la categoría género el PDSP 2012 -2021 hace dos llamados importantes. El primero refiere que todavía hoy existen grandes brechas de género que son necesarias eliminar, en especial aquellas que se refieren a la plena ciudadanía de las mujeres y al uso de la violencia contra las mismas que se ejerce comúnmente por ser mujeres. (3) El segundo llamado y todavía más importante para el personal de salud es analizar el género como uno de los determinantes de la salud. “En los procesos de salud-enfermedad influyen los imaginarios, creencias, discriminaciones, desigualdades, prácticas y roles tradicionales de género; las relaciones de poder asimétricas, las identidades femeninas y masculinas hegemónicas, las valoraciones sociales sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, y la autonomía y ejercicio de derechos, entre otros”. (3)

El concepto de género será tomado desde Joan Scott y desde las conceptualizaciones del PDSP de Colombia.

Respecto a la violencia de género aparece aunado el concepto de control simbólico el cual se analizará y se tomará desde la perspectiva de Pierre Bourdieu. El control simbólico también llamado violencia simbólica emerge en la obra de Bourdieu como un concepto que impregna gran parte de sus obras. (101) El control simbólico, es según este pensador un tipo de violencia refinada que usa elementos muy sutiles e imperceptibles, produciendo un enmascaramiento que lleva a considerar ciertos hechos como naturales formándose así lo que Bourdieu denominará “el habitus”. (22)

Para Bourdieu en todos los campos existe el control simbólico, sin embargo toma matices diferentes de acuerdo al contexto y al momento histórico. La lógica de esta dominación es la misma: Hay un eje “dominante – dominado” en este último se usan sistemas simbólicos, los cuales son instrumentos de comunicación y de dominación y que hacen posible el consenso lógico y moral, al mismo tiempo que contribuyen a la reproducción de cierto orden social. (102) En las salas de parto el modelo biomédico ha ejercido tradicionalmente ese control simbólico, allí la parturienta es desprotegida, despojada de su voluntad, fragmentada, alejada de sus seres queridos y vista como una máquina que va a expulsar un producto. (11) Este modelo imperante en muchas instituciones está relacionado con la formación académica recibida la cual según Schwarz “es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. La profesión médica es una manifestación, en un sector particular, del control adquirido con base a la estructura del poder de clase de las elites universitarias”. (11)

Concentrándonos propiamente en el concepto de violencia citaremos primero que todo el pensamiento de Hannah Arendt, quien refiere que la violencia está íntimamente ligada al uso del poder y a quien lo detenta y aunque acepta que el poder puede ser ejercido en el espacio público o privado, va a dar mayor consideración al espacio de lo público, en el que el ser humano como ciudadano puede erradicar la injusticia y orientarse hacia la felicidad pública. (103) Para ella el poder lo detenta los intereses de un pueblo y no unos pocos, cuando este poder es ejercido por unos pocos y no hay un diálogo recíproco aparece entonces la dominación y la violencia. (103)

Referente a este tipo de dominación, Boaventura de Sousa hablará de la sociología de las ausencias, según este pensador latinoamericano quien detenta el poder “la ciencia” acalla otros pensamientos que se salen de sus esquemas tildándolos de ignorantes o pseudo-saberes como por ejemplo los saberes milenarios de las culturas, los saberes de las matronas y las comadronas entre otros. (104) Aquí confluyen Bourdieu y Sousa en esa dominación simbólica que hace expresar en los servicios de salud frases como: “Yo soy el que sé, usted límitese a obedecer” “¿No querías tener un hijo?, así es pues. Aguanta nomás, no eres la única mujer que ha tenido un hijo. Así que toma tu pastilla y no hables, que te vas a llenar de gases y después te vas a quejar de que te duele el estómago”. (61)

En cuanto a la violencia contra la mujer La ONU en 1979 define la violencia contra la mujer como: “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.(40).

En la actualidad la ONU refiere que al menos el 70% de las mujeres padecen algún tipo de violencia en su vida y que dicha violencia no está signada a una cultura específica. (105) Según este organismo “Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad para participar en la vida pública. La violencia contra las mujeres afecta a familias y comunidades de todas las generaciones y refuerza otros tipos de violencia prevalecientes en la sociedad. La violencia contra las mujeres también agota a las mujeres, a sus familias, comunidades y naciones” (105)

Las consecuencias de la violencia contra la mujer van todavía más lejos, “Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos”(54), lo que a su vez conlleva grandes costos sociales y económicos. (105)

Finalmente y como objeto de esta investigación aparece el concepto de violencia obstétrica el cual ha sido definido tanto desde una perspectiva jurídica como filosófica. Para algunos pensadores la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género y es un tema vigente en la agenda sociopolítica de las naciones. (60) Según Camacaro “Hoy, la salud reproductiva de la mujer está intervenida por el poder médico, la práctica médica ha enajenado el cuerpo de la mujer, lo que ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia; marcando un hito de profundas repercusiones negativas en la vida de las mujeres” (60) De esta manera el concepto violencia obstétrica en un marco jurídico es entendido como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (13)

Incluso para Belli esta violencia es otra forma de violación de los derechos humanos. (48)

En Venezuela la ley orgánica que tipifica esta forma de violencia considera que existe cuando:

Hay evidencia de actos constitutivos ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- ✓ No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- ✓ Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

- ✓ Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- ✓ Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- ✓ Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

El traslado del parto al lugar donde se atiende a la enfermedad y bajo la hegemonía y control de un modelo biomédico supuso grandes dificultades para la mujer. Camacaro refiere al respecto: “Las gestantes/parturientas una vez que traspasan el umbral hospitalario, son iniciadas con un peregrinaje mórbido de sensaciones, sin ninguna distinción de los/as enfermos/ as que reposan allí por razones muy diferentes a dichas parturientas, quienes no son enfermas” (60)

Concebir el hospital y el parto controlado hace una reminiscencia muy fuerte a Michel Foucault quien refiere a propósito de la institucionalización: “el hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es en segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger la enfermedad, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito”(106) En el hospital aparece entonces una forma de violencia que el mismo Foucault manifestará como una forma de interrelación de dos sujetos en el que uno es dominado y que implica la anulación de sus posibilidades de acción por parte del otro, es decir se coarta la libertad. (107) Para Arendt, la felicidad implica la libertad, es en esta libertad en la que los seres humanos toman decisiones que le son propias y ejercen el control sobre sus vidas. (108) Arendt y Foucault confluyen en este pensamiento que relacionándolo con la violencia obstétrica, la libertad de la materna queda subsumida en el poder del personal de salud.

Otro asunto importante es considerar que algunos estudios revelan que las pacientes con escasos recursos o pocos estudios tienen mayores probabilidades de sufrir violencia obstétrica “Es porque uno es pobre... En un hospital privado él no va a hacer eso. ¿Usted entiende?”.(15) Aquí la triple inequidad de la que habla Breilh cobra un carácter vital.(109)

El concepto de violencia obstétrica será tomado desde la definición que da de la ley orgánica de Venezuela y desde los aportes generales de Arendt y Foucault.

Finalmente Para el objetivo de esta investigación el concepto Comprender es de suma importancia, ya que el objetivo general apunta precisamente a la comprensión de un fenómeno; es decir que la comprensión esta insertada en el corazón de esta investigación.

La palabra comprender tiene su origen en el Latín. Proviene del verbo *comprehendere* cuyo significado es asir, captar, aprisionar, apoderarse, expresar, entender, conocer. (110) En este primer acercamiento podríamos decir que encierra un significado más profundo que cualquier explicación vaga de la realidad y está relacionada directamente con las ideas, mensajes, emociones, sentimientos que se encuentran detrás de un fenómeno; es decir que la comprensión implica “entender el sentido” o el mensaje más profundo de una realidad concreta. (111)

La comprensión es una categoría que se ha venido desarrollando desde el mundo más primigenio, en efecto, algunos filósofos de la Grecia Antigua como Sócrates con su dar a luz el conocimiento “Mayéutica” (112) y Platón con el mundo de las ideas(113) se acercan al concepto de comprensión, pues para ellos lo más importante es la verdad –el conocimiento – en definitiva una búsqueda de una comprensión del mundo y los fenómenos que les rodean. (113) Comprender es entonces para los Socráticos abarcar el conocimiento, conocer la realidad a fondo y poder explicar los fenómenos.

Sin embargo, la comprensión no ha sido desarrollada únicamente desde una sola corriente de pensamiento; a lo largo de la historia diversas corrientes y visiones de mundo se han acercado a una explicación de la misma. Así por ejemplo desde el saber científico, desde la pedagogía, desde el psicoanálisis y por su puesto desde la filosofía la categoría comprensión aparece con toda una pléyade de pensadores. Para este marco se revisarán algunos fenomenólogos y pensadores críticos contemporáneos que aproximen a la trascendencia del comprender como el ejercicio que va a realizar el investigador.

Comenzamos en esta línea de tiempo con Max Weber para quien es fundamental el sujeto – el *cognoscente* - quien dota de significado la realidad porque ella está cargada de sentido. De acuerdo con la anterior premisa, para Weber la comprensión significa dotar de sentido un hecho concreto. (114) Sin embargo, para este pensador, el hecho concreto no es otra cosa que la acción social, la cual debe ser explicada por el sujeto y que va más allá de una simple consideración reflexiva. Comprender entonces significa para Weber darle sentido a la experiencia vivida, no solamente la propia, sino ella en relación con las demás vidas; de ahí su carácter social. (114)

Para Martin Heidegger la comprensión está inscrita en la vida misma. (115) Comprender significa desde su primera visión profundizar en el propio ser y reflexionar en el significado más genuino del mundo y su realidad. Sin embargo a lo largo de sus escritos, especialmente en *Ser y Tiempo*, el comprender aparece especialmente como un proyectarse en posibilidades. En efecto, Heidegger se referirá a la comprensión como un círculo que no termina, abriendo así el espacio a las posibilidades de profundizar y abstraer el fenómeno “...Mientras viva, el ser-ahí no será nunca un ser concluido, cerrado, enteramente terminado, a la manera en que pueden serlo las cosas; De hecho, mientras viva, continuará abierto al

futuro, preñado de posibilidades” (115) Finalmente se puede decir que para este filósofo la comprensión va más allá de una intuición eidética, comprender significa ver la realidad desnuda, sin ningún tipo de encubrimientos. (115)

Gadamer retoma a Heidegger partiendo de su ampliación ontológica, pero irá más allá que este pensador pues incluirá en la comprensión las palabras y el lenguaje. Inicialmente para Gadamer el comprender no es apenas una actividad ocasional, por el contrario es lo que funda la permanencia del sujeto en el mundo(116). Lo que realmente interesa dirá Gadamer no es saber cómo los hombres, los pueblos, los estados se desarrollan en general, sino por el contrario como este hombre, este pueblo, este estado ha llegado a ser lo que es. (117) Este pensador incluye además en su explicación de la comprensión el carácter histórico del mismo, pues la comprensión estará determinada por un contexto y un tiempo determinado. En este contexto el lenguaje es fundamental, pues es el medio en el que acontece la comprensión “La lengua no es simplemente una forma de nombrar cosas, es toda una manera de ordenar la realidad, subyace en ella por lo tanto toda una cosmovisión”. (118)

Muy contemporáneo de Gadamer es el sociólogo Herbert Blumer; este pensador de la Escuela de Chicago es quien acuña el término de interaccionismo simbólico. Para Blumer y otros compañeros de esta escuela la comprensión se da por ese ser humano pensante quien dota de significado las realidades que le rodean. (119) Por lo tanto comprensión y significados, están íntimamente ligados. Pero esta comprensión o significación de la realidad no es fortuita, pues según el interaccionismo simbólico, la comprensión está dada por la interacción social y la experiencia propia de los sujetos que son capaces de aprender, crear y transformar los símbolos y significados de su cotidianidad. Para los interaccionistas simbólicos al igual que para Gadamer el lenguaje es un asunto crucial en la significación de los fenómenos. Es importante resaltar que la comprensión desde esta perspectiva no constituye un proceso unidireccional, por el contrario es un proceso dinámico en el que cada persona adapta e interpreta la realidad de acuerdo a sus necesidades. (119)

El Interaccionismo Simbólico constituye además una teoría paradigmática que es insumo sustancial del tejido investigativo cualitativo, cuando se trata de comprender, contiene una especie de hilos especiales, que sin ellos sería muy difícil construir un camino para la comprensión; de ahí que Erving Goffman manifieste que “la teoría es como un gigante, en cuyos hombros nos subimos para ver mejor”. (120) Nuestro gigante se llama por supuesto el Interaccionismo Simbólico. El mundo del Interaccionismo Simbólico, es el mundo natural de la vida, de las acciones humanas y de los problemas sociales de los cuales extrae sus interpretaciones. (121)

Dejando a Gadamer y a Blumer, pasamos a Michel Foucault para quien la comprensión significa “que los signos hablen y nos descubran los sentidos”. (94)

Foucault entiende la comprensión desde un hombre que vive y da sentido a los acontecimientos que se le presentan día a día, muchos de ellos trascienden la realidad, pero para él lo más importante es ese ser humano, esa vida misma que enriquece de significado la realidad que se desborda. (94)

Finalmente cerramos con Paul Ricoeur y con Boaventura de Sousa. Para Ricoeur la comprensión es una dialéctica entre el acontecimiento y el sentido de dicho acontecimiento, siendo protagonista el sujeto en el mundo de la vida. Precisamente ese estar en el mundo es lo que convierte al sujeto en un fundamento para acercarse a la realidad, abarcarla, pero sin agotarla y finalmente comprenderla. Es claro, que Ricoeur trabaja la comprensión desde la palabra o el lenguaje oral en una línea semejante a la de Gadamer, esta línea es la narración "Un acontecimiento no es solo un suceso, algo que ocurre, sino un componente narrativo". (122) Para este filósofo entonces la comprensión implica historia vivida e historia que se comprende y que además está íntimamente ligada al relato narrativo. (122)

Finalmente Boaventura de Sousa nos introduce en una comprensión diferente. Para este pensador la comprensión implica dialogar con otros saberes, conocer y acercarse a la realidad para poder transformarla. (104) Este gran sociólogo latinoamericano refiere que el mundo tiene una potencialidad y diversidad epistémica infinita y que no hay conocimientos que sean puros, ni completos, por el contrario hay constelaciones de conocimientos. (78) En este sentido, la comprensión que propone Sousa es increíblemente dialéctica, donde no solo un sujeto, sino este en diálogo y respeto permanente con otros sujetos es capaz de acercarse a una realidad y transformarla. (104)

Para objeto de esta investigación tomaremos como referencia a Gadamer, puesto que este pensador le da un papel fundamental a la comprensión y la enmarca como una actividad vital para el ser humano. Se resalta además en su pensamiento la inclusión del contexto y del lenguaje como elementos claves para la comprensión de las realidades; algo que resulta muy interesante ya que esta investigación apunta precisamente a una comprensión desde el contexto y desde los actores mismos.

7. Metodología

7.1 Tipo y diseño de estudio

La presente Investigación fue un estudio de carácter cualitativo, dada la naturaleza de la pregunta de investigación que buscaba comprender los significados y las experiencias significativas del personal asistencial en la atención del parto. Frente a los estudios cualitativos Strauss y Corbin refieren que el propósito de cualquier investigador, pero especialmente de los investigadores sociales es desarrollar maneras de comprender el universo y expresar dicha comprensión teóricamente. (123) La comprensión entonces se convierte dentro de esta investigación en un asunto central que a través de un proceso cualitativo - interpretativo va encontrando como las personas solas o colectivamente guían sus acciones frente a los eventos y situaciones que se pretenden estudiar. (124)

Para esta investigación se eligió la Teoría Fundada desarrollada por Glaser y Strauss y refinada por el mismo Strauss con la ayuda de Julieth Corbin. La Teoría Fundada es “una estrategia metodológica que busca desarrollar, teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones con base en datos que son recogidos y analizados en forma sistemática”. (124) La característica central de la Teoría Fundada es que se basa en un método general de análisis comparativo que es constante entre los datos que son recogidos y la teoría que va emergiendo, en este orden de ideas “la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí”. (123)

Se eligió la Teoría Fundada porque como enfoque de diseño metodológico ofrece la posibilidad de pensar la realidad social de una manera sistemática y estudiarla, además porque su proceso toma muy en serio el lenguaje y las acciones de las personas investigadas. (123) De esta forma la intencionalidad del investigador es “descubrir el significado profundo de la experiencia vivida por los individuos en términos de sus relaciones con el tiempo, espacio, vivencias e historia personal”. (123) Fisher dirá respecto al investigador: “Vi que ser intelectual no quería decir estar alejado de la gente, que podía conectarse de manera directa con los lugares donde la gente estaba en el mundo y con lo que pensaban sobre él”. (123) Todo esto hace reflexionar en el valor metodológico de la Teoría Fundada el cual a partir de técnicas sistemáticas y específicas ayudan al investigador a ver más allá de lo ordinario y a comprender entonces de una manera nueva y novedosa la realidad social estudiada.

De todo lo anterior se deriva que la Teoría Fundada se sustenta en el interaccionismo simbólico el cual se basa en los significados y considera que estos son un producto social, “una creación que emana de y a través de las actividades

definitorias de los individuos a medida que estos interactúan”. (121) El mundo del interaccionismo simbólico, es el mundo natural de la vida, de las acciones humanas y de los problemas sociales de los cuales extrae sus interpretaciones. (121)

Este marco de referencia de la Teoría Fundada no está vacío de sentido, por el contrario tiene una gran relación y significado, puesto que el investigador a partir de su interacción investigativa intenta comprender los significados de las palabras y acciones de las personas o grupos sociales y su forma de relacionarse con el entorno y con los otros. (121)

Sin embargo este primer punto no es para la Teoría Fundada el más esencial. En efecto, se hace un gran énfasis en lo que Mead y Blumer describieron acerca del carácter simbólico de la vida cotidiana y es así como se enfatiza en “los procesos de interacción de las personas frente a los acontecimientos”. (124) Esto hace que el investigador realice un proceso analítico teniendo muy presente el punto de vista de los investigados y comprenda la interacción y los cambios que van sucediendo en las vivencias de esos individuos y colectivos para que surja de la mejor manera la comprensión del fenómeno estudiado, es decir, de la realidad social. (124)

Finalmente, se hace importante resaltar que la Teoría Fundada exige un equilibrio entre ciencia y creatividad. (123) Tiene por supuesto unos procedimientos establecidos que proporcionan a la investigación una estandarización y rigor metodológicos; pero dichos procedimientos están abiertos a múltiples posibilidades creativas, evitando así caer en un reduccionismo dogmático, haciendo del diseño una aventura flexible y creativa. (123) Los propósitos para realizar dicha codificación los resumen Strauss y Corbin en los siguientes puntos:

Cuadro 2. Propósitos para la codificación en el diseño metodológico de la Teoría Fundada. (123)

| | |
|----|--|
| 1. | Construir teoría más que comprobarla. |
| 2. | Ofrecer a los investigadores herramientas útiles para manejar gran cantidad de datos brutos. |
| 3. | Ayudar a los analistas a considerar significados alternativos de los fenómenos |
| 4 | Ser sistemático y creativo al mismo tiempo |
| 5. | Identificar, desarrollar y relacionar los conceptos, elementos constitutivos básicos de la teoría- |

Los procedimientos que propone la Teoría Fundada están enfocados hacia la comprensión de un fenómeno expresado en la teorización del mismo. (124) Dichos procedimientos son: examen microscópico de los datos, el cual es definido como: “Detallado análisis, necesario al comienzo de un estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para sugerir relaciones entre ellas”. Codificación abierta: “El proceso analítico en el cual se identifican los

conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones”. Codificación axial: “Proceso de relacionar categorías a subcategorías” y finalmente la codificación selectiva: “Proceso de integrar y refinar la teoría”. (123) Todo el diseño propuesto por la Teoría Fundada se intenta resumir en la siguiente figura:

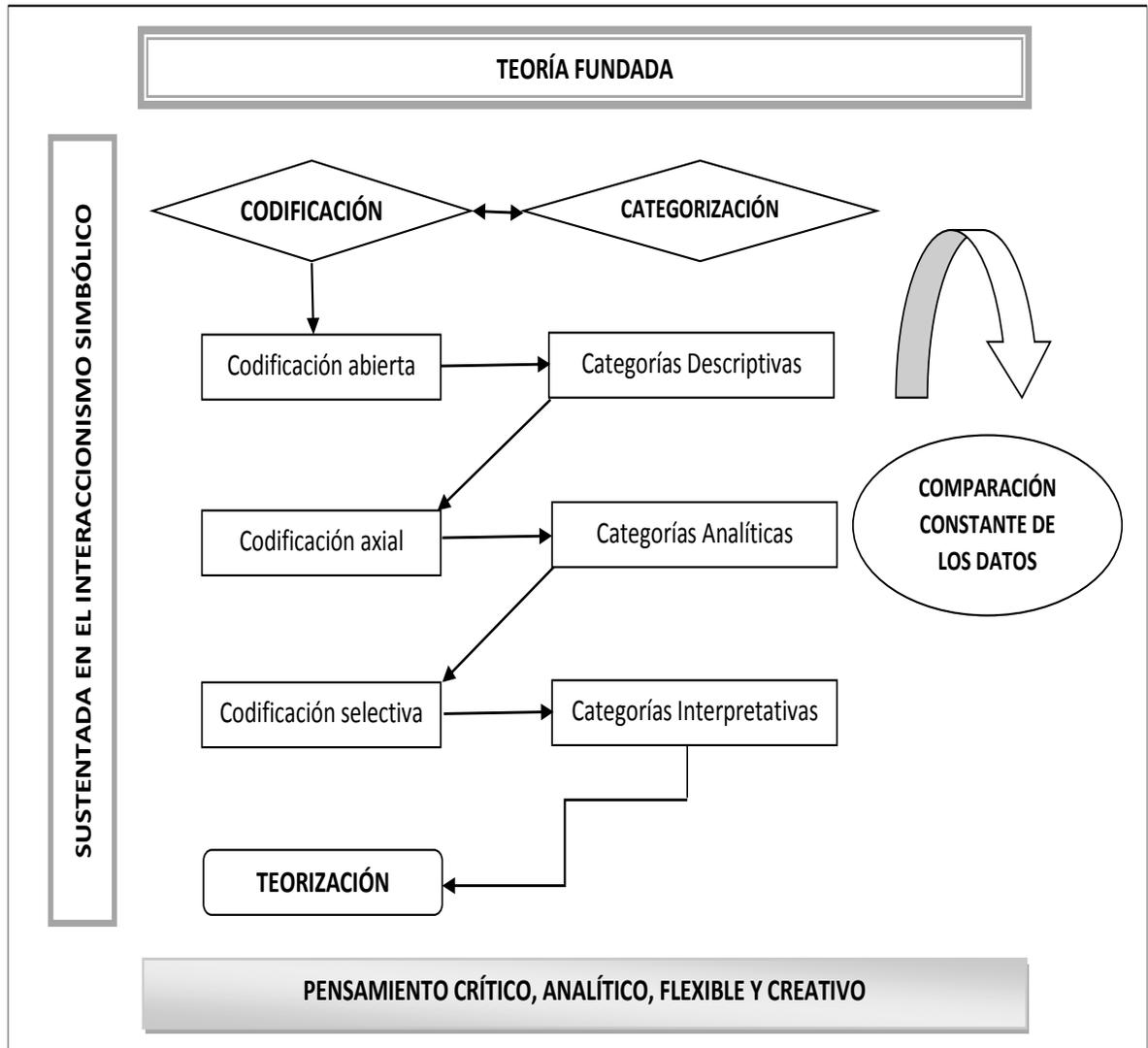


Figura 2. Propuesta Metodológica de la Teoría Fundada.

7.2 Muestra, muestreo y población participante

Se partió inicialmente de 8 informantes hasta completar un total de 16 participantes. Se tuvo en cuenta en todo momento el concepto de saturación teórica en el cual “el número de sujetos por cantidad pierde significado, siendo la

riqueza y variedad de los datos obtenidos lo que determina la saturación teórica de la muestra”. (125) Se realizó inicialmente un muestreo a conveniencia, teniendo presente las primeras personas que eligieron participar del estudio y utilizando la técnica de bola de nieve, es decir que los primeros informantes nos llevaron a otros, para finalmente terminar en un muestreo teórico orientado hacia la búsqueda de categorías faltantes definidas desde el inicio o aquellas que emergieron durante todo el proceso de recolección de los datos. (126)

La población de este estudio estuvo compuesta por 3 especialistas en Ginecología y Obstetricia, 1 Anestesiólogo, 1 Médicos General, 4 Profesionales de Enfermería, 6 Auxiliares de Enfermería y 1 Instrumentador Quirúrgico. Un 62.5% fueron mujeres y un 37.5% hombres, todos se encontraban entre los 20 y los 55 años de edad. La mayoría del personal de enfermería fueron mujeres a excepción de 1 enfermero profesional. En cuanto al personal del área médica se contó con mayoría de población masculina. Un 50% de los participantes trabajan en el área pública y el otro 50% en instituciones privadas, todos ellos en servicios de atención a la gestante en proceso de parto y con experiencia mínima de 1 año.

7.2.1 Criterios de Participación.

Se definieron como criterios de participación para este estudio los siguientes:

- ✚ Personal del área asistencial en salud o estudiantes en nivel de residencia en Ginecobstetricia.
- ✚ Laborar en un servicio clínico (Urgencias, Hospitalización, Sala de Partos y/o Cirugía) de una institución de salud de la ciudad de Medellín que atendiera a la gestante en el proceso del parto.
- ✚ Tener experiencia asistencial en el área obstétrica como mínimo de tres meses.

7.2.2 Criterios de Exclusión.

- ✚ Estudiantes de otras profesiones o especialidades diferentes a la obstetricia, aunque tuviesen experiencia en el área obstétrica.
- ✚ Profesionales o técnicos que no desearon realizar las entrevistas en un espacio diferente al de la institución donde de laboran.
- ✚ Menores de 18 años de edad.

7. 3 Delimitación conceptual

Uno de los asuntos importantes que se tuvo en cuenta dentro del método elegido fueron los conceptos con los cuales se arrancó. Para Strauss y Corbin los conceptos son basamentos fundamentales de la teoría y son importantes en cuanto permiten orientar al investigador hacia la búsqueda de teoría, de una manera flexible, permitiendo al mismo tiempo que emerjan categorías y subcategorías en un proceso que es dinámico y que fluye continuamente.(123)

A continuación se presentan las categorías iniciales con las que se dio inicio a este estudio y que en ningún momento pretendieron ser categorías rígidas o acabadas, por el contrario marcaron una pauta de inicio que oriento las técnicas y los instrumentos que se emplearon.

- Significados del personal asistencial de los DSR
- Significados del personal asistencial sobre la atención materna en el proceso del parto
- Prácticas Obstétricas realizadas por el personal asistencial
- Formación académica del personal asistencial
- Concepto de salud del personal asistencial
- Concepto de Educación para la Salud del personal asistencial
- Rol desempeñado del personal asistencial
- Condiciones laborales del personal asistencial
- Filosofía Organizacional

7.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Ante todo hay que considerar que las técnicas de investigación son procedimientos rigurosos que operativamente se deben adaptar a los problemas y a los fenómenos que se desean estudiar. (127) Es importante referir que los instrumentos varían de acuerdo al objeto de estudio, a los recursos que se tienen y al tiempo establecido para la investigación. Lo más importante es que dichos instrumentos estén estructurados, cuenten con un rigor ético y se encuentren culturalmente adaptados. (127)

Para esta investigación se utilizaron tres técnicas con sus respectivos instrumentos que apuntaron a una mejor comprensión del problema y consecuentemente dieron respuesta a los objetivos propuestos para esta investigación.

La primera técnica fue una entrevista la cual es entendida como una conversación entre investigador/participante para comprender a través de las palabras de los sujetos entrevistados las perspectivas, situaciones, problemas y experiencias que se tienen de una situación concreta. (128) Para este estudio se eligió la entrevista semi-estructurada la cual hace referencia a una conversación cara a cara con el participante donde se plantean una serie de preguntas que han sido pre-establecidas a partir de unas categorías iniciales; pero dichas preguntas se pueden ampliar con las respuestas de los entrevistados para clarificar los temas planteados. (128) El instrumento empleado para esta técnica fue una guía de entrevista la cual sirve al investigador para plantear los temas más relevantes de su estudio y sobre los tópicos que es necesario indagar, sin que sea indispensable mantener un orden concreto. (128) Es importante considerar que para esta técnica se necesitó realizar una grabación magnetofónica ya que en asuntos tan trascendentales no se puede dejar todo a la memoria o a lo que el investigador logre captar y escribir. (128) Lo más importante aquí fue llevar un diario de campo en el que el entrevistador anotó los gestos y reflexiones contextualizadas con la experiencia de dicha entrevista, (128) técnica que se precisará a continuación.

La segunda técnica fue precisamente un diario de campo el cual es un instrumento asociado a la observación en el que el investigador anota sus observaciones llamadas también notas de campo de una manera precisa, detallada y completa que luego interpreta con el fin de ampliar el fenómeno que se encuentra estudiando. (129) Como técnica tiene también su instrumento que le permite convertirse en una herramienta útil de monitoreo permanente de la investigación. (130) El instrumento aunque no hay un consenso o modelo es una ficha o cuaderno único que generalmente tiene tres elementos comunes: Fecha, observación detallada de las actividades y finalmente interpretaciones o análisis de dichas observaciones. (131)

La tercera técnica fue la revisión documental la cual es definida como “como el proceso dinámico que consiste esencialmente en la recogida, clasificación, recuperación y distribución de la información” la cual se encuentra disponible en fuentes primarias o secundarias. Es importante considerar que el investigador debe considerar las fuentes que más le convengan para encontrar los datos que son esenciales para dar cumplimiento a los objetivos de su investigación. (132) A pesar de que esta técnica no requiere de un esquema rígido, es necesario crear un instrumento creativo que ayude al investigador en la búsqueda de significados y experiencias centrales objeto de su investigación. (133) El instrumento se caracterizó por ser una guía de revisión documental que permitió ingresar los

datos y tópicos buscados así como los temas emergentes que después fueron analizados e incluso se hicieron proposiciones teóricas a partir de las reflexiones realizadas. (129)

Para esta investigación se definió utilizar las técnicas descritas de la siguiente forma:

Cuadro 3. Objetivos relacionados con las diferentes técnicas propuestas.

| Objetivos Específicos | Técnicas |
|-----------------------|---|
| 1 | Entrevista semiestructurada y Diario de Campo |
| 2 | Entrevista semiestructurada y Diario de Campo |
| 3 | Entrevista semiestructurada, Diario de Campo y Revisión documental electrónica. |

Nota: El Diario de Campo se diligenció en todos los momentos con el fin de poder elaborar observaciones, percepciones y sentires que enriquecieron la información recolectada en las demás técnicas.

7.5 Procedimientos para la recolección de la información

- ✚ Se dieron a conocer a algunos colegas y compañeros del área asistencial sobre el tema del proyecto de investigación, con el fin de analizar su interés en participar del proyecto y/o contactar por medio de estos a otros técnicos y profesionales de la salud que cumplan con los criterios de participación. Es decir que fueron los mismos técnicos y profesionales quienes voluntaria y altruistamente contactaron a las otras personas.
- ✚ Se captó el personal asistencial por medio de la técnica de bola de nieve, partiendo de los primeros informantes. Los primeros informantes realizaron el contacto con otras personas a quienes se les informó sobre el estudio y se les invitó a participar.
- ✚ Se realizó un estudio exploratorio, que ayudó a afinar los instrumentos diseñados para cada objetivo.
- ✚ Se diligenció los consentimientos informados y se realizaron las entrevistas al personal asistencial. Estas se ejecutaron en un aula de la FNSP o en el lugar que ellos consideraron pertinente como su domicilio. Se excluyó

siempre la institución donde laboraban para la realización de las entrevistas.

- ✚ Se realizó una revisión documental de la filosofía organizacional en la página web de las instituciones donde laboraban los participantes. Sin embargo, no se publicó el nombre de dichas instituciones ni se relacionó de manera directa a los entrevistados con las mismas.
- ✚ Se realizó transcripción de todas las entrevistas en un plazo breve, con el fin de que el proceso de análisis y recopilación de datos pudiese realizarse paralelamente.

7.6 Procedimiento para el procesamiento y análisis de la información

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado y procesadas para su transcripción y posterior análisis en formatos electrónicos tales como Windows Media Player y/o Grabadora de sonidos.

Después de transcritas las entrevistas se procesaron los datos iniciales a partir de una herramienta informática de investigación cualitativa conocida como Atlas – ti cuyo objetivo es facilitar el proceso de análisis cualitativo de grandes volúmenes textuales, que por supuesto no pretende automatizar todo el proceso de análisis, sino apoyar al intérprete humano en la segmentación de textos, pasajes o citas, así como la elaboración de comentarios que manualmente se realizarían de manera muy dispendiosa con ayuda de otras herramientas como lápices, resaltadores, tijeras, fichas, fotocopias entre otros. (134)

En cuanto al análisis y acorde con la metodología elegida, y después del procesamiento inicial apoyado en el Atlas-ti se utilizaron técnicas de codificación y categorización para el análisis de la información procesada. Los conjuntos de datos fueron un insumo clave para los respectivos análisis, sin embargo se revisó que estos correspondiesen a las categorías iniciales y a aquellas que emergieron del discurso de los actores. Cuando fue necesario se revisó nuevamente los textos línea por línea con el fin de terminar de refinar la categorización y codificación. Todo este análisis pasó por los diferentes momentos descritos por Strauss y Corbin: el descriptivo, el analítico y el interpretativo hasta lograr la teorización o comprensión del fenómeno de estudio. (123)

7.7 Plan de publicación y divulgación de resultados

- ✚ Entrega del informe final al Comité de Maestría con copia para su revisión, aprobación y selección de los dos jurados calificadores de la investigación.
- ✚ Correcciones y ajustes al informe final en caso de ser necesario de acuerdo con las sugerencias de los jurados evaluadores y re-envío para la aceptación de sustentación.
- ✚ Presentación y sustentación de la investigación en un evento académico dentro de la FNSP con presencia de los jurados calificadores y con invitación a los técnicos y profesionales participantes de la investigación para la devolución de resultados y agradecimiento por su participación.
- ✚ Presentación y divulgación de resultados ante la línea de investigación.
- ✚ Entrega de informe final a la Biblioteca de la FNSP en el formato respectivo exigido por esta dependencia.
- ✚ Escritura y preparación de un artículo científico con los resultados de la investigación para ser sometido a aprobación de publicación en una revista indexada.
- ✚ Presentación de la investigación en eventos académicos locales, nacionales y/o internacionales.

8. Consideraciones éticas

La investigación que realizó tiene una alta pertinencia académica, científica y social tanto para la Salud Pública en general, como para el personal de salud participante de la investigación en particular. Organismos internacionales como la Naciones Unidas y la Organización Mundial de la salud refieren que la violencia contra la mujer y más concretamente contra la gestante es un grave problema de Salud Pública, en efecto la OMS señala al respecto: “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos”. (9) Ayudar a resolver este problema constituye para la Salud Pública no solo un deber moral, sino también un imperativo ético, puesto que la violencia obstétrica contribuye con la morbilidad y mortalidad materna, y puede traer consecuencias graves para el bebé.(9) En cuanto a los participantes de esta investigación que es precisamente técnicos y profesionales de la salud que atienden a la gestante durante su proceso de parto, esta investigación pretende contribuir a la generación de políticas públicas en las que el personal asistencial pueda contar con escenarios propicios y condiciones laborales dignas y justas que lo orienten a la construcción de un trato humanizado e integral a la madre, así como la promoción de formación especialmente sobre parto humanizado, DSR, calidad y seguridad para la atención y cuidado en salud de una manera holística, transdisciplinaria y transpersonal.

La población de la presente investigación la constituyó el personal asistencial que atiende a las mujeres gestantes en el proceso que va desde el inicio del trabajo de parto hasta el post-parto inmediato. El tamaño de la muestra fueron 16 participantes elegidos a conveniencia, teniendo en cuenta siempre el concepto de saturación teórica y la técnica de bola de nieve. Dichos participantes fueron mayores de 18 años, que manifestaron tener una buena salud física y mental, por el riesgo que cualquier estudio supone aunque sea mínimo, según el principio ético propuesto por Ezekiel Emanuel de selección equitativa del sujeto (135) no hubo distinción de raza, sexo o condiciones económicas. Como criterios de participación se definieron: Personal del área asistencial en salud o estudiantes en nivel de residencia en Ginecobstetricia, laborar en un servicio clínico (Urgencias, Hospitalización, Sala de Partos y/o Cirugía) de una institución de salud de la ciudad de Medellín que atendiera a la gestante en el proceso del parto, Tener experiencia asistencial en el área obstétrica como mínimo de tres meses. Como criterios de exclusión se definieron: estudiantes de otras profesiones o especialidades diferentes a la Obstetricia, aunque tuviesen experiencia en el área Obstétrica, profesionales o técnicos que no desearan o no pudiesen realizar las entrevistas en un espacio diferente al de la institución donde de laboraban y menores de 18 años de edad.

Las fuentes de información fueron primarias y secundarias. Se realizó entrevistas al personal asistencial participante y también se hizo una revisión documental electrónica de las páginas web institucionales, salvaguardando siempre la confidencialidad como un principio de respeto los participantes. (135) La información y los resultados obtenidos se utilizaron estrictamente con los fines investigativos del presente estudio. Las grabaciones y datos recogidos fueron custodiados por el investigador y no podrán en ningún momento ser cedidos, comercializados o utilizados con otros fines diferentes a la presente investigación. En caso de que se requieran para un futuro estudio el investigador deberá contar con un aval ético y con un nuevo consentimiento de los participantes.

Los participantes se reclutaron de la siguiente forma: El investigador (Enfermero) dio a conocer a algunos colegas y compañeros del área asistencial sobre el tema del proyecto de investigación, con el fin de analizar su interés en participar del proyecto y/o contactar por medio de estos a otros técnicos y profesionales de la salud que cumplieran con los criterios de participación. Es decir que fueron los mismos técnicos y profesionales quienes voluntaria y altruistamente contactaron a las otras personas. En este sentido se captó al personal asistencial por medio de la técnica de bola de nieve, partiendo de los primeros informantes. Los primeros informantes realizaron el contacto con otras personas a quienes se les informó sobre el estudio y se les invitó a participar. Fue el investigador quien después de un primer asentimiento por parte del nuevo participante hacia el colega amplió la información y expuso detalladamente lo que pretendía el estudio y sus respectivas implicaciones, para luego proceder a la lectura, aclaración de dudas y firma voluntaria del consentimiento informado.

Las entrevistas se realizaron en un espacio diferente al institucional, el lugar fue concertado con los participantes, orientando este encuentro hacia un espacio tranquilo y privado que fue en su domicilio o dentro de la FNSP. La información fue grabada y transcrita, por ningún motivo se dio a conocer el nombre del participante, ni quedó registrado, tampoco el de la institución donde laboraba. Se garantizó en todo momento la confidencialidad, seguridad, privacidad, autonomía y libertad de los sujetos participantes, por lo que se aceptó su retiro voluntario cuando el deseara o la negativa a responder cualquier pregunta que se le hiciera sin sufrir ningún tipo de sanción por estos motivos. Para los participantes que se tuviesen que desplazar, dentro del presupuesto se contempló un rubro que cubría los viáticos de dicho desplazamiento. Se concertó además un tiempo libre del entrevistado para la sesión, es decir que el investigador se supeditó al tiempo del entrevistado. Las entrevistas no excedieron nunca los 90 minutos por lo que no fue necesario solicitar otra sesión. Todos estos asuntos logísticos quedaron plasmados en el consentimiento informado.

Se hace también importante en este apartado reconocer la importancia del consentimiento informado, establecido normativamente. Tanto la resolución 8430 de 1993 como las normas CIOMS de 2002 son exigentes en este punto. El artículo 14 de la Resolución 8430 dice que el consentimiento informado es: “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. (136)

En cuanto al consentimiento informado es importante resaltar que este se justifica principalmente “por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos sólo participarán cuando la investigación sea compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre”. (137) El consentimiento fue elaborado por el estudiante-investigador (Ver Anexos) teniendo en cuenta la normatividad vigente y las pautas internacionales para la elaboración de dicho documento, el cual fue sometido al juicio de los expertos, inicialmente a la Directora de Trabajo de Grado y posterior a ello al Comité de Ética en Investigación de la FNSP. A los participantes que dieron su asentimiento inicial, el investigador los contactó personalmente para explicarles el propósito de la investigación, así como la justificación de la misma, los aspectos logísticos, las implicaciones, los riesgos y el valor social que tiene el estudio en el que se les proponía participar. Se le explicó que el participar de este estudio libre y voluntariamente no implicaría en ningún momento algún tipo de remuneración económica o de otra índole, solamente se solventaría los gastos derivados del desplazamiento para las entrevistas. Se les solicitó que leyesen el documento detenidamente en el tiempo que requirieran para ello y se les aclaró las dudas que surgieron de dicha lectura. Se procedió a la firma, solo cuando el participante hubo comprendido todos los lineamientos especificados en el consentimiento. Este proceso fue documentado en un Acta que especifica todas las explicaciones dadas al participante, previo a la firma del consentimiento.

Es preciso reconocer que toda investigación donde participen seres humanos supone por lo menos un riesgo mínimo. Esta Investigación de carácter cualitativo pretendió responder a una pregunta que se espera aportará al conocimiento en un problema concreto en Salud Pública como es la existencia o no de la violencia obstétrica en las instituciones de salud de Medellín, por lo tanto no estuvo diseñada para realizar ensayos clínicos o experimentales. En acogida a la normatividad vigente - resolución 8430 que en su artículo 11 – (136) que especifica los niveles de riesgo existentes en las Investigaciones y después de analizar los posibles riesgos, se puede afirmar que el presente estudio se enmarcó en el numeral a: “Investigaciones con mínimo riesgo” puesto que el estudio que se realizó fue retrospectivo sin procedimientos de intervención, tan solo realización de entrevistas.

Es evidente, que al realizar entrevistas se pueden remover sentimientos y sensibilidades que un momento dado puedan afectar al participante, sin embargo, es importante reconocer que aplicando en dichas entrevistas los Principios éticos reportados en el informe Belmont, en especial el de Respeto y el de Beneficencia, (138) se lograron disminuir los riesgos hasta su mínima expresión. En caso de haber sido necesario por alguna crisis que presente el participante se contó con un protocolo de contención apoyada por una psicóloga que perteneciera a la línea de investigación y si esto no fuese suficiente se tenía previsto reorientar a su respectiva IPS, haciendo el acompañamiento y seguimiento respectivo hasta superar la crisis. Es válido aclarar que no se presentó ninguna crisis en esta investigación. Siempre se veló por la seguridad del entrevistado como un principio de abogacía que se debe ejercer en la investigación en salud. (139)

En cuanto a los riesgos para el investigador, es importante contextualizar las palabras de Molina para quien los que hacen investigación también son sujetos potencialmente vulnerables que requieren cuidarse a sí mismos, han de tener consciencia de los actos, es decir reflexión, prudencia, cautela y mantener siempre la atención. (139) El investigador en este estudio también presentó un riesgo mínimo, máxime que el universo de estudio le es propio por ser del área de la salud y del mundo de la asistencia. Sin embargo, como estudiante –investigador siempre mantuvo prudencia, reflexionó continuamente sobre su práctica investigativa como un ejercicio moral y ético y estuvo siempre asesorado por su línea de investigación y Directora de Trabajo de Grado.

Ya han quedado expresados los beneficios sociales para los participantes. También se especificó que esta investigación no contempló beneficios económicos de ninguna índole o representación y que esto quedó explícito en el consentimiento informado. En cuanto a los beneficios indirectos para las familias, comunidad y sociedad en general estuvieron orientados básicamente a que a partir de construcción de políticas públicas que apunten al respeto de los DSSR y a rescatar el papel fundamental de la mujer y el acompañamiento de la familia en el nacimiento, esto definitivamente se espera redunde en disminución de la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo y por supuesto en el mejoramiento de la calidad de la atención y en el respeto de los derechos humanos con enfoque de género.

Finalmente se refrendan las normas y lineamientos éticos en los que se enmarcó el presente estudio: Esta investigación estuvo enmarcada en los principios éticos de Respeto, Beneficencia no Maleficencia y de Justicia (138) y en las normas éticas vigentes; en nuestro contexto propio la “Resolución 8430 de 1993” del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación salud (136) y las “Pautas éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos”, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

(CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002. (140) De igual forma se tuvo presente la “Ley 1164 de 2007” emitida por el Congreso de la República sobre el Talento Humano en Salud. (141)

El presente estudio estuvo enmarcado en la línea de Investigación de Salud Sexual y Reproductiva, por lo que se tuvieron en cuenta todas las normas nacionales e internacionales en esta materia descritas en el marco legal de este documento. (Ver marco legal). También se tuvieron en cuenta para el desarrollo de esta investigación los siete principios éticos expuestos por Ezekiel Emmanuel (135) a saber: Valor social ya descrito en diferentes apartados, Validez Científica apoyada en el saber profesional, en la formación y asesoría académica que se fue recibida y en los procesos evaluativos que se generaron permanentemente. Selección equitativa del Sujeto. Teniendo en cuenta el principio de Justicia distributiva, es decir que a cualquier persona que cumplía con los criterios de participación ya descritos le fue permitido participar de esta investigación. De igual manera se expresó aquí que de acuerdo a este principio no se indujeron o sugirieron respuestas a los participantes aunque estos fuesen colegas o estuviesen inscritos en el área de la salud. Esto con la garantía de no presentar conflictos de interés que pudieran generar desviaciones o sesgos en las respuestas. Proporción favorable Riesgo – Beneficio. El principio de beneficencia nos exige para su aplicación “Conocimiento científico- técnico, habilidad, oportunidad y diligencia en la acción”. (139) Existió un respeto profundo por la integridad física, psicológica y espiritual de los participantes, por lo que a través de competencias científicas, morales y relacionales se buscó no causar ningún daño, por el contrario beneficiar siempre a los entrevistados. Evaluación Independiente. Consciente el investigador de sus limitaciones, estuvo dispuesto a escuchar y dejarse asesorar por los expertos temáticos y metodológicos. “Pensar la experiencia vital sin errores y sin conflictos, sería algo así como soñar que se vive en un mundo angelical y sacro que niega la naturaleza humana, sería algo así como mutilar el horizonte del aprendizaje”. (142) Es por eso que el proceso de Investigación contó con asesoramiento continuo de la Directora de Trabajo de Grado, de la línea de investigación y de los docentes de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Se resalta que en esta Investigación no existe ningún conflicto de intereses, pues fue realizada únicamente con fines estrictamente académicos y sociales. Consentimiento informado ya justificado desde la autonomía y el respeto por los participantes. Respeto a los sujetos inscritos. El Respeto se entiende “como aquella necesidad de mirar a los seres humanos y los colectivos en forma holística, donde es necesario tener en cuenta las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales”. (139) De esta forma este estudio se encuentra enraizado en el Principio del Respeto y pretendió en todo momento evocar esta realidad dándole todas las garantías y libertad a los participantes durante el proceso investigativo. Se reconoció siempre que esta investigación fue realizada con seres humanos que sienten, piensan y se construyen continuamente.

9. Resultados y Discusión

Este capítulo pretende enlazar los hallazgos con la visión del investigador, que de acuerdo a la propuesta del interaccionismo simbólico siempre está presente en el mundo natural de la vida, puesto que interactúa con las acciones humanas y los problemas sociales, de los que extrae sus interpretaciones. (121) Al mismo tiempo, se contrastarán algunos resultados con los conceptos y teorías de algunos autores, comprendiendo en todo momento que la investigación cualitativa no es lineal y exige hoy más que nunca un equilibrio entre ciencia y creatividad para que de esta manera surja mejor la comprensión del fenómeno que se ha estudiado. (123)

El querer enlazar los resultados con la discusión obedece no solo a una postura epistemológica asumiendo que el investigador nunca dice nada ubicándose por fuera del estudio, sino también a una propuesta fresca y creativa de comprender mejor la pregunta de investigación y los objetivos que de ella se han derivado, no olvidando nunca lo importante que es dar voz a los participantes como verdaderos protagonistas de las categorías y subcategorías que emergieron y por su puesto intentando dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados al inicio de esta investigación.

Antes de presentar la matriz paradigmática se describirá brevemente el proceso para llegar a los resultados obtenidos:

9.1 Descripción del proceso: como emergen los resultados

9.1.1 El examen microscópico: La Codificación Abierta.

Durante el análisis microscópico línea por línea de cada una de las entrevistas, 8 en primer momento y de la revisión documental realizada emergieron en total 11 Categorías Descriptivas a saber: **1.** Significados del personal asistencial sobre los derechos sexuales y reproductivos. **2.** Vulneración de los derechos de las madres durante el proceso del parto. **3.** Prácticas obstétricas del personal asistencial. **4.** Condiciones institucionales para la atención del parto. **5.** Directrices y filosofía organizacional. **6.** Contexto del sistema de salud, condiciones laborales y formación recibida del personal asistencial. **7.** El rol institucional y el concepto de salud del personal asistencial. **8.** Concepto de educación para la salud del personal asistencial. **9.** Significados del personal asistencial sobre la atención a las madres. **10.** Significados del personal asistencial sobre el proceso del parto. **11.** Aspectos que influyen en la humanización del proceso del parto.

Cada una de estas categorías emergió con sus propiedades y dimensiones, las cuáles ayudaron a construir el siguiente instrumento (Ver Anexos) y orientaron el camino hacia la Codificación Axial tal y como lo propone la Teoría Fundamentada.

9.1.2 La relación entre categorías y subcategorías: La Codificación Axial.

En esta parte del proceso se aplicó otro instrumento que se orientó a mirar las relaciones existentes entre las diferentes categorías descriptivas. Se realizaron durante esta fase 4 entrevistas, las cuales se codificaron nuevamente. Finalmente, de una manera analítica, se comenzó a relacionar categorías y subcategorías tratando de agrupar mejor los fenómenos relacionados y que presentaron mayor fuerza. Es importante resaltar que después de terminar esta parte del proceso, los participantes confirmaron las nuevas relaciones identificadas por el investigador. En esta parte del proceso las categorías descriptivas se fusionaron de acuerdo a las relaciones encontradas, quedando así las siguientes 8 Categorías Analíticas:

Cuadro 4. Lista de Categorías Analíticas.

| N° | CATEGORÍA ANALÍTICA |
|----|---|
| 1 | Existe un escaso conocimiento sobre DSSR en el personal asistencial lo cual influye en que dichos derechos se vulneren, especialmente durante el proceso de parto. |
| 2 | Durante el proceso de parto el personal asistencial realiza algunas prácticas obstétricas que deshumanizan y vulneran los derechos de las madres. |
| 3 | Las directrices y la filosofía organizacional de las instituciones de salud limitan al personal asistencial para una atención humanizada del proceso del parto. |
| 4 | Algunas condiciones de las instituciones de salud influyen en la atención a las madres durante su proceso de parto. |
| 5 | El contexto del sistema de salud y las condiciones laborales influyen en la forma como se atienden a las madres durante el proceso de parto. |
| 6 | La formación académica y el rol institucional pueden influir en las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial en el proceso de parto y en la forma como se atiende a las gestantes. |
| 7 | El concepto que tiene el personal asistencial de salud y de educación para la salud influye en la atención a las madres en su proceso de parto. |
| 8 | Los significados del personal asistencial sobre la atención a las madres y sobre el proceso de parto influyen en la humanización de dicho proceso. |

9.1.3 Integrando y refinando la teoría: La Codificación Selectiva.

Hay un camino largo y al mismo tiempo apasionante hasta esta parte del proceso. En esta tercera fase se realizó un último instrumento (Ver Anexos) orientado a validar unas hipótesis construidas por el investigador a partir del contenido de las categorías analíticas.

Se realizó entonces un último grupo de 4 entrevistas con el fin de validar las últimas relaciones encontradas, es decir que los discursos previamente

escuchados por el investigador hayan sido interpretados adecuadamente por este, para finalmente integrar y refinar la teoría. Durante todas las fases emergieron 1152 códigos. Después de tener las categorías totalmente saturadas, se renombraron dichas categorías con el fin de lograr la mayor integración de toda la información recolectada a lo largo de cada una de las fases del proceso de análisis y por su puesto comprender de una manera lógica y coherente las palabras de cada uno de los participantes. En esta última parte del proceso quedaron 7 categorías interpretativas y 36 subcategorías las cuales se presentaran a continuación.

9.2 Matriz Paradigmática: una propuesta que reúne la interpretación del fenómeno

A continuación se presentan los resultados de una manera gráfica y secuencial. Si bien no es la única forma de presentarlos, es sencillamente la forma como el investigador expresa mejor el fenómeno y acerca a los lectores a la comprensión de los resultados de este estudio.

No es sencillo resumir un fenómeno en un mapa, ni mucho menos condensar la gran cantidad de información y su riqueza en pequeños recuadros, sin embargo como seres atravesados por la imagen y por lo gráfico se considera que esta es una de las mejores formas para darle la primera mirada a los resultados de este estudio y comprender mejor como a partir de una matriz multidimensional todo está interconectado y nos va ingresando al corazón del fenómeno, un fenómeno que por supuesto es complejo. Morin dirá al respecto:

El conocimiento pertinente debe enfrentar la complejidad. *Complexus*, significa lo que está tejido junto; en efecto, hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo que existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. Por esto, la complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad. Los desarrollos propios a nuestra era planetaria nos enfrentan cada vez más y de manera cada vez más ineluctable a los desafíos de la complejidad. (143)

Dada la complejidad planetaria, la matriz que se presenta a continuación no pretende ser un producto acabado o “La explicación del problema” sin embargo, es - en una humilde apreciación - “una explicación del problema” que toma como protagonistas la voz de los participantes, pero que no deja de lado la mirada del investigador y que además toma y re-toma de las aguas frescas de la teoría, es decir de aquellos hombres y mujeres de ciencia que nos han antecedido en esta apasionante aventura de buscar más allá, de intentar comprender un poco mejor lo que sucede en el mundo de la vida.

Las relaciones establecidas entre el personal asistencial y las madres durante la atención del proceso de parto están atravesadas por un contexto:

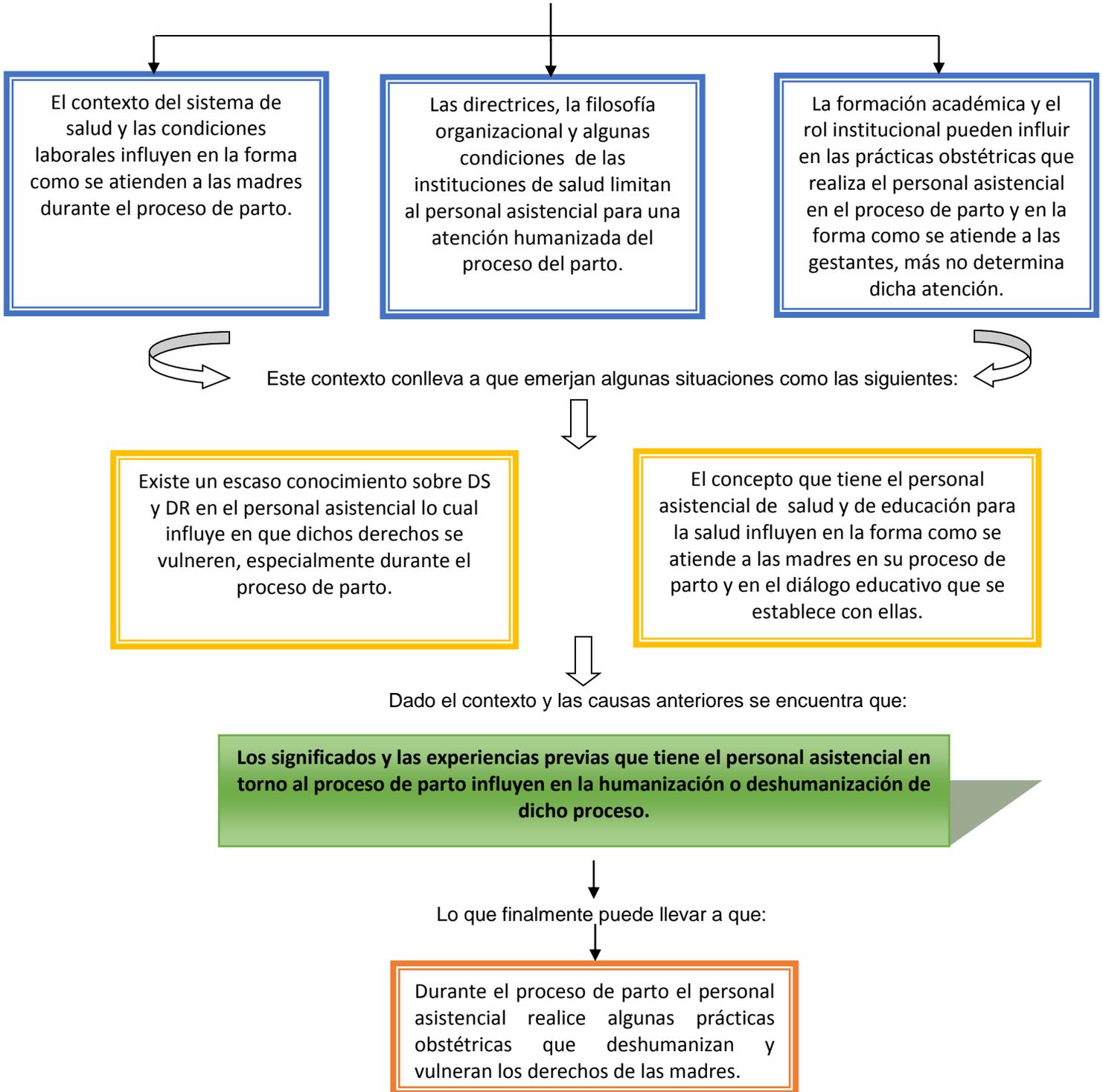


Figura 3. Matriz de relación entre las 7 categorías interpretativas

A continuación se presentan los resultados de esta investigación, es decir cada una de las categorías interpretativas con las respectivas subcategorías que las componen. Sin embargo, y como se mencionó al inicio de este capítulo solo se discutirán aquellas que desde el punto de vista del investigador y que a partir del discurso de los participantes emergieron con mayor fuerza para la comprensión del fenómeno.



La Concepción*

PARTE I: EL CONTEXTO

“Llegará el día en que después de aprovechar la energía del espacio de los vientos, de las mareas y de la gravedad; aprovecharemos las energías del amor. Y ese día por segunda vez en la historia del mundo, habremos descubierto el fuego”

Teilhard De Chardin

* Imagen tomada de Internet: Óleo sobre lienzo

9.3 Categoría Interpretativa N° 1: El contexto del sistema de salud y las condiciones laborales influyen en la forma como se atienden a las madres durante el proceso de parto.



Figura 4: Subcategorías que explican la categoría interpretativa 1

Los primeros resultados de esta investigación constituyen todo el contexto en el que el personal de salud desarrolla su práctica asistencial. Es importante que los salubristas reconozcan que cualquier práctica relacionada con la salud de las poblaciones se desarrolla en múltiples contextos – unos más adversos que otros - y que en la actual época planetaria, los reajustes globales, la consolidación de nuevos bloques de poder y las nuevas reglas de juego económico terminan por afectar los escenarios en los que se desarrolla la salud de las poblaciones, (144) es decir en aquellos en que las personas viven, aman, aprenden, trabajan y juegan. (79)

La práctica del personal asistencial de Colombia y concretamente el de Medellín no es ajena a estos reajustes globales y a las políticas económicas de la actualidad. Para Pérez Lugo, la práctica en salud en América Latina continúa teniendo una visión sumamente asistencialista y que además se desarrolla en medio un sistema de administración deficiente, puesto que presenta dificultades en su planificación, organización y control de los recursos. (144) Finalmente reconoce Lugo que nuestro sistema está atravesado por innumerables problemas de cobertura, accesibilidad y legitimidad que terminan afectando la salud de las poblaciones, la situación laboral de los trabajadores de la salud y la estabilidad y credibilidad del sistema político existente. (144)

La primera categoría de esta investigación responde precisamente a un macro-contexto en el que la forma como se atiende a las madres en su proceso de parto, deviene en gran medida del sistema de salud establecido y de las condiciones laborales en los que el personal asistencial ejerce su práctica, sin ser por supuesto las únicas condiciones que determinan dicha atención.

Cuatro, son las subcategorías que sustentan la categoría interpretativa N° 1 y constituyen la fuerza explicativa de este fenómeno. A continuación se presentará de una manera secuencial las cuatro subcategorías, de las cuales dos de ellas serán objeto de discusión por parte del investigador.

9.3.1 La lógica de rentabilidad del sistema de salud ha hecho que muchas IPS cierren servicios de maternidad en la ciudad colapsando la red.

En un primer lugar podemos afirmar que existe una lógica de rentabilidad del sistema, lo cual ha llevado a que muchas IPS cierren sus servicios de maternidad colapsando así la red materno-infantil de la ciudad de Medellín. En efecto, no es ajeno que el sistema de salud de Colombia este atravesando en los últimos años una crisis que ha terminado por impactar en las condiciones en las que los profesionales y técnicos de salud ejercen su práctica. En efecto Rubio León en su estudio sobre el SGSS de Colombia encontró al respecto: “El sistema de salud le quitó la potestad al médico y se la dio a las EPS para mover plata, para mover masas y plata... Aquí no se puede hacer nada, usted tiene las manos atadas...(69) “Todo esto va generando descontento en los pacientes y un profundo desánimo en el personal asistencial”.(69)

Es precisamente en un contexto adverso y de descontento en que el personal asistencial de la red materno-infantil de la ciudad de Medellín ejerce su práctica. Uno de los participantes de nuestro estudio relata lo siguiente:

“Considero que con respecto a maternidad nos falta mucho en la ciudad, nos falta mucho, mucho, - pero uno entiende - las condiciones laborales en este momento no son las mejores, el gremio de ginecobstetra vive cansado, hay

muchísima demanda, la tasa de natalidad sigue en aumento, las mamás se siguen embarazando, los servicios de obstetricia siguen colapsados"
E4EPCP154

El primer significado que tiene el personal asistencial acerca de las relaciones que establece con las madres durante su proceso de parto es que la atención durante dicho proceso la debe realizar en un contexto de salud que está cada vez más permeado por una lógica de rentabilidad y mercantilización de la vida. Esta lógica ha llevado a que muchas IPS cierren sus servicios de maternidad, alegando que es un servicio improductivo y poco rentable, lo que consecuentemente ha terminado en el colapso de la red materno-infantil.

En efecto, algunos artículos de El Colombiano (71) y de El Tiempo (72) han mostrado un panorama poco alentador acerca de los cierres del servicio de maternidad de la ciudad. "Por dinero o por amor: Los especialistas de la Clínica León XIII creen que el cierre obedece a una motivación distinta a la expresada oficialmente por la IPS. Según Mercado, era de público conocimiento entre el personal de la Clínica que el servicio de maternidad no era el negocio más atractivo para las directivas del hospital". (71)

Demora en los tiempos de atención y colapso en la red hospitalaria que sirve a las maternas de Medellín denuncian algunas asociaciones médicas de Ginecobstetras, quienes miran con preocupación cómo tres hospitales (el General, la Clínica Universitaria Bolivariana y la del Prado) están concentrando la mayoría de los servicios que otras instituciones han dejado de prestar. (72)

Esta lógica de rentabilidad y de convertir la vida en un negocio ha llevado por supuesto a la saturación de la red, pero también ha hecho que las pocas instituciones que queden abiertas colapsen, se vuelvan inoportunas en la atención y sobrecarguen laboralmente al personal asistencial, lo que finalmente nos lleva al punto central – la afectación de la atención que se presta a las madres en su proceso de parto - . No en vano, aumentan las quejas de las madres, aumentan las largas esperas y las complicaciones alrededor del proceso de parto. Frente a esta lógica neoliberal uno de los participantes refería:

"...Pero resulta que en este momento en la ciudad estamos en una atención crítica a las maternas, muchas instituciones han decidido cerrar sus servicios de maternidad por el bajo costo que equivale la atención de un parto"
E4EPCP52

En el estudio realizado por El Tiempo se menciona que algunas esperas por parte de las madres para la atención son hasta 12 horas, (72) sin embargo en esta

investigación se ha encontrado que incluso hay mamás que pueden pasar hasta 18 horas esperando para ser atendidas:

"...Entonces la clínica se mantiene llena y no damos abasto y el sobrecupo es cada vez mayor, la atención en urgencias es cada vez más demorada, el triage es muy demorado, pueden transcurrir hasta 18 horas para una atención" E4EPCP54

Este es entonces el sistema de salud que se le presenta al personal asistencial que atiende los procesos de parto de nuestras madres de hoy. Un sistema que como refiere Milton Santos es "Goloso hasta el extremo" (23) y que termina por afectar la atención en un momento tan importante en la vida de todo ser humano como es el nacimiento. Aquí todos los protagonistas: la madre y su hijo, el personal médico y de enfermería y por su puesto todos aquellos que rodean el proceso de parto se ven enfrentados todos los días a vivir situaciones injustas tales como las largas esperas, la deshumanización de la atención y ¿porque no? la frustración de un momento que debería ser maravilloso para quienes lo viven.

"...Entonces la carga se hace muy pesada, me siento, me siento a veces frustrada, realmente me siento frustrada porque siento como que estoy perdiendo conocimientos en muchas cosas, conocimientos, y entender porque a la paciente le está ocurriendo esto y no esto..." E4EPCP73

En efecto, el sistema de salud colombiano, donde el estado cada vez está menos presente continúa llevando a que se propague la incertidumbre, a que muchas IPS cierren servicios que son desde el modelo instaurado poco rentables, a que se quiebren otros tantos y a que finalmente se instaure un sistema que no tiene ningún control y sumado a esto una gran corrupción.

...El discurso que oímos todos los días para hacernos creer que debe haber menos Estado se vale de esa mencionada porosidad, pero su base esencial es el hecho de que los conductores de la globalización necesitan un Estado flexible a sus intereses. Las privatizaciones son la muestra de que el capital se volvió devorador, goloso al extremo, siempre exigiendo más, queriéndolo todo. En verdad, la perversidad deja de manifestarse por hechos aislados, para establecerse como un sistema. El otro, sea empresa, institución o individuo aparece como un obstáculo para la realización de los fines de cada uno y debe ser removido. Se derivan de ahí la celebración de los egoísmos, la propagación de los narcisismos, la banalidad de la guerra de todos contra todos y la difusión de otro subproducto de la competitividad, es decir la corrupción. (23)

La atención entonces queda permeada por un sistema de salud que no posibilita la humanización y que fragmenta el cuidado de las gestantes en su proceso de parto. La poca inversión y el olvido por parte del Estado crea un círculo vicioso en

el que a las aseguradoras les interesa invertir menos en la maternidad y las IPS terminan cerrando este tipo de servicios:

"... la atención del parto es supremamente regalada, barata y pagan muy poquito, las EPS no le invierten, entonces es muy duro para las instituciones prestar los servicios y bueno... las personas hacen lo que se puede como de acuerdo al monto de pacientes que ingresan todos los días" E4EPCP155

Cada vez es más notorio el descontento del personal asistencial y el de las gestantes quienes continuamente reclaman una atención más oportuna y humanizada. Sin embargo, vemos como los resultados de esta investigación reafirman que el modelo dominante sigue siendo el económico, quedando subsumidas las necesidades de la población todavía más cuando las personas cursan por un proceso de mayor vulnerabilidad como lo es la gestación, una parte de la vida que ni siquiera logra ser cobijada a cabalidad por la reforma estructural que propone la ley estatutaria de salud. El momento histórico que atraviesa nuestro país es un ícono a la mercantilización de la vida y de la salud de los ciudadanos colombianos. Al respecto Laurell dirá: "El enfoque dominante de la política de salud: Ha sido el económico y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población. Ahora la cobertura universal es una exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos para favorecer la cohesión social" (145)

Los salubristas deben reconocer que todas estas situaciones no son fortuitas, incluida la reforma de salud de 1993. Este contexto proviene en gran medida de organismos multilaterales y sus orientaciones, una de ellas y tal vez la que más ha influenciado las reformas en salud de las Américas es la de "Invertir en salud" propuesta por el Banco Mundial. (146) Invertir en salud tiene un enmascarado, pero sugestivo trasfondo: La mercantilización de la salud, la desprotección del Estado, el traslado de los costos a las familias, la privatización de los servicios y todo un engranaje de perversidades aún más excluyentes: reproducción de los paseos de la muerte, sociedades enfermas y territorios sin esperanza. Esto es tan solo una parte de la radiografía a la que se enfrentan los salubristas hoy. Esta saturación de la red y de las clínicas y hospitales lleva consecuentemente a una sobrecarga del personal asistencial y a un descontento generalizado que vuelve la práctica obstétrica aún más difícil. Este es el otro micro-contexto en el que se desenvuelve la práctica del personal asistencial y en que se tejen las relaciones con las gestantes.

9.3.2 Las pocas instituciones que atienden a las madres en su proceso de parto se encuentran casi siempre saturadas y son inoportunas en la atención.

El cierre de los servicios de maternidad y el colapso de la red ha llevado consecuentemente a que las pocas instituciones que están atendiendo gestantes

en la ciudad se encuentren casi siempre en sobrecupo y por lo tanto se vuelvan inoportunas para la atención a las madres.

"... Pero con respecto con el número de camas como tal, para albergar tantas pacientes que ingresan a la institución de toda la ciudad de Medellín no damos abasto, o sea la cantidad de maternas que ingresan es demasiado y tienen que esperar mucho tiempo para ser atendidas, entonces no damos abasto en hospitalización con las pacientes que ingresan" E4EPCP50

Es importante mencionar que el personal asistencial se encuentra muy preocupado con esta situación. Los participantes han referido en sus testimonios que cada día el volumen de maternas aumenta y la problemática en vez de solucionarse ha ido empeorando debido a que las instituciones de salud no están interesadas en abrir nuevos servicios de Ginecobstetricia y los pocos que quedan como ya se ha mencionado han ido cerrando paulatinamente.

La preocupación radica básicamente en la inoportunidad en la atención, que no solo afecta los indicadores institucionales lo cual sería el problema de menor preocupación según los participantes sino el riesgo al que someten a las madres con la espera para ser atendidas, pues todos coinciden en que la atención a la gestante y a su hijo es demasiado crítica ya que en cualquier momento su bienestar se puede ver comprometido.

"...Porque un trabajo de parto es algo muy incierto, mientras una mama puede llegar bien, en cualquier momento se puede complicar de la manera más sencilla" E14AECB28

9.3.3 El personal asistencial es escaso y presenta una sobrecarga laboral, además se siente insatisfecho con sus condiciones laborales actuales, lo que influye en la atención a las madres.

Trabajar con Gestantes en proceso de parto es una labor que requiere detenimiento, atención y paciencia, es decir que la espera no es solo de la madre, sino también del personal asistencial que está expectante para el proceso del nacimiento. Es por esto que la atención a la madre en proceso de parto demanda no solo personal asistencial capacitado sino también suficiente para que tanto la madre como su bebé estén bien cuidados en todo momento. Actualmente, el contexto de salud del país y más concretamente el de la ciudad de Medellín ha hecho que aumente la demanda de atención de las madres en proceso de parto y que además estas sean atendidas por personal asistencial que se torna escaso frente al aumento de estas solicitudes diarias de atención. Todo esto ha llevado a que los profesionales y técnicos de la salud que atienden a las madres presenten una sobrecarga de trabajo extenuante y desmotivadora.

"... donde yo recuerdo que cuando yo era residente, cuando yo estaba estudiante se atendían en promedio 200 partos al mes, en el servicio donde trabajaba y ahora que trabajo en el mismo servicio tenemos un tope de 700 con la misma gente, con el mismo número de camas...." E6GOCB37

Se evidencia que una de las condiciones institucionales que limitan la atención humanizada del proceso de parto, está relacionada con la contratación del personal que no es suficiente para prestar una atención adecuada a las gestantes. Los participantes manifestaron que el proceso de parto es crítico y requiere un sinnúmero de cuidados, sin embargo y a pesar de la criticidad que presenta la materna durante esta etapa de la gestación, no solo desde la parte fisiológica, sino por la incertidumbre, los temores y una gran cantidad de dudas que tienen las madres, las instituciones de la ciudad no contratan el suficiente personal que esto demanda, lo que termina afectando la atención y la humanización del proceso.

"Hay momentos en que los servicios de ginecobstetricia colapsan, porque están a reventar y fuera de eso con el personal con el que se cuenta no es suficiente" E3IQCP50

Lo cierto de este asunto y que a veces se enmascara o en el peor de los casos se naturaliza es que la atención se ve limitada, puesto que el personal asistencial no va a poder satisfacer las expectativas y necesidades de las madres que tiene bajo su cuidado.

"porque no es lo mismo una persona atender a cinco, si la carga laboral es muy dura, eso va a afectar directamente a la materna y ella va a llevar la peor parte por culpa de falta de personal, tanto ginecólogo, como auxiliar y como enfermeras" E1AECR47

La sobrecarga laboral puede llevar a momentos de insatisfacción y de estrés por parte del personal lo que termina muy probablemente deshumanizando la atención de las madres. José Carlos Bermejo quien ha trabajado ampliamente la humanización de la salud refiere al respecto: "... La enfermedad y otras situaciones de vulnerabilidad hace a la persona sentirse desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible" (147)

Es claro que nuestro sistema de salud actual y el micro-contexto laboral en que se desenvuelve el personal asistencial muchas veces no está dispuesto para ser lo más humanizado posible, más cuando la atención se reduce muchas veces a la mercantilización de los servicios de salud y cuando una gestante encuentra un personal cansado y fatigado.

"...o sea por tanta carga laboral y por tantas altas, ingreso y egresos por tanta cosa administrativa a veces uno se va olvidando como del ser humano que

hay allá con necesidades, entonces esta parte me tiene un poco triste pero es eso solamente" E4EPCP74

De esta manera se afecta aún más la atención a las madres y se deshumaniza el proceso del parto, todo un engranaje, muchas veces perverso que termina afectando el momento maravilloso del nacer. La propuesta del salubrista debe ser entonces, una propuesta de atención digna, humanizada, creativa y realmente cuidadora del proceso de parto que revitalice las relaciones entre el personal asistencial y las gestantes y que lleve a lo que Bermejo denomina: "Escuchar la parte escondida del Iceberg, es decir, los miedos, los temores, el sentimiento de indefensión, la confianza y la ilusión que palpitan en lo más íntimo del corazón" (147)

Hay entonces un llamado fuerte por un sistema de salud más justo y por unas condiciones laborales mejores y con un talento humano suficiente para atender a las gestantes de la ciudad durante su proceso de parto de una manera oportuna, digna y justa. Porque tristemente lo que se está viendo en la actualidad, es lo que relata el testimonio siguiente:

"...entonces no se está tomando el tiempo, no se está haciendo como una atención personalizada por decirlo así, se está haciendo todo como caiga, como eh entre más rápido se va mejor, porque así queda la habitación libre, porque si queda la sala de partos sola..." E14AECB20

Definitivamente el contexto en el que se atiende a las gestantes precisa hoy más que nunca un viraje, una reforma desde el corazón de la estructura que por supuesto influya positivamente en los micro-contextos en los que el personal ejerce su práctica, tal vez esta sea la revolución que necesite la atención del momento maravilloso de dar a luz un nuevo ser.

La principal razón por la que el personal se siente insatisfecho es la sobrecarga laboral, situación que influye directamente en la atención a las gestantes durante su trabajo de parto. Los participantes de esta investigación coincidieron en que existe un exceso de trabajo en las salas de ginec obstetricia, lo que termina afectando la forma como se atiende a las madres y aumenta el riesgo de que estas se compliquen.

"La institución en la que trabajamos con las niñas, digo yo con las niñas porque el exceso laboral es tanto que pueden ocurrir mil cosas o sea la paciente se puede complicar en un segundo y a pesar de tanto exceso laboral a la mayoría de pacientes les va bien, a la mayoría" E4EPCP76

Otro asunto por lo que el personal asistencial se siente insatisfecho es la remuneración salarial, situación que algunos participantes manifestaron es

desmotivadora sobre todo cuando se compara con el exceso de trabajo al que se ven sometidos en su práctica diaria con las maternas.

"...pero pienso que no es la remuneración suficiente para todo el trabajo que nos toca hacer en realidad" E8GOSC37

9.3.4 El personal asistencial especialmente los especialistas trabajan en diferentes partes, lo que hace que doblen sus turnos afectando la atención de las madres cuando se sienten cansados.

Sumadas a esta insatisfacción y sobrecarga laboral e incluso a las necesidades de talento humano que presentan las instituciones, gran parte del personal asistencial, especialmente los especialistas optan por trabajar en diferentes partes, lo que aumenta la carga y el cansancio del personal.

"...pues cada quien tiene factores distintos, otros por factores económicos, entonces cada uno se dobla u hace turno en otras instituciones... eh trabajan mucho de noche, llegan trasnochados hacer un turno y no es lo mismo tener un especialista haciendo las horas que debe hacer, como también lo vemos en personal de enfermería, es igual..." E15MGCS25

Esta multiplicidad de trabajos y las largas jornadas laborales que muchas veces se multiplican más de 12 horas terminan afectando la atención y el cuidado de las madres durante su proceso de parto, en efecto tanto el personal médico como de enfermería que presenta esta situación se dedica más a las acciones administrativas tales como diligenciar la historia clínica de la madre, ordenar medicamentos y exámenes de laboratorio, realizar un kardex de enfermería y verificar que se cumplan las ordenes médicas. Por el contrario la labor de estar con la paciente, dialogar con ella y por su puesto su cuidado, van a quedar relegados.

"...entonces si ellos vienen, nos pueden llamar y decirnos... me tardo unos minutico más en llegar, tenía noche en otra institución o me voy porque tengo noche en otra institución, o corrido en otro lado, entonces va a llegar cansados, con una sobrecarga laboral, se van a dedicar más a su parte administrativa, no van a estar de lleno con la paciente" E13EPCR26

El desarrollo de esta categoría nos ha mostrado, como efectivamente la atención a las madres está atravesada por un contexto en el que el Sistema de Salud y las condiciones laborales influyen y en muchas situaciones terminan determinando la atención que se les brinda a las madres durante su proceso de parto. Es importante que los salubristas continúen reflexionando en torno a estos aspectos y realizar intervenciones innovadoras y contundentes, puesto que nuestros modelos de salud siguen siendo un prototipo fehaciente al modelo neoliberal

donde la mercantilización de la vida ha hecho su nido y por lo tanto continuamos poniendo la salud y el comienzo de la vida, en manos de un sistema de “mercaderes” cuyo principal objetivo es la compra-venta de servicios, que relega en todo momento el valor inalienable de la mujer y su hijo.

9.4 Categoría Interpretativa N° 2: Las directrices, la filosofía organizacional y algunas condiciones de las instituciones de salud limitan al personal asistencial para una atención humanizada del proceso del parto.

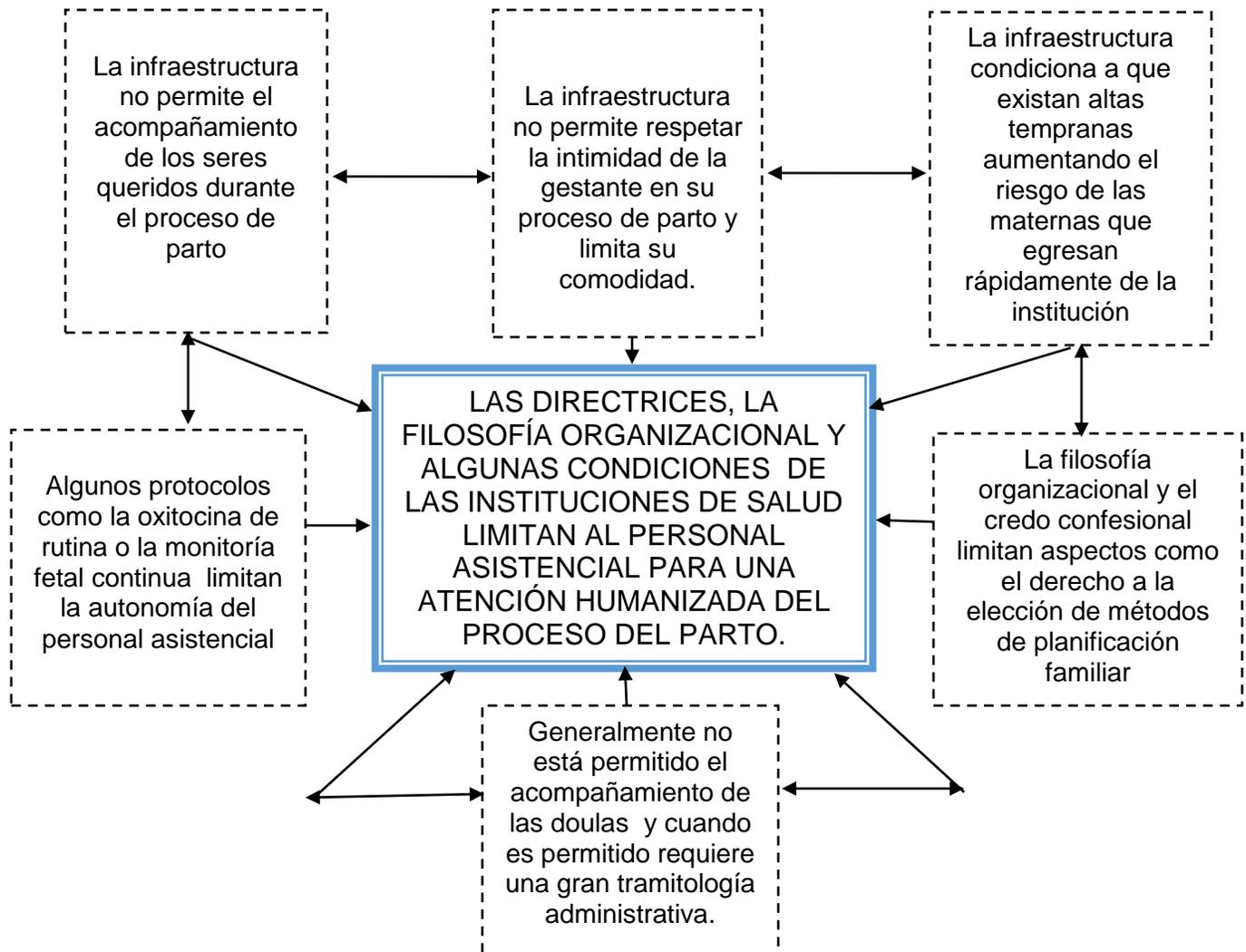


Figura 5: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 2

Aunado al contexto del sistema de salud y de las condiciones laborales, aparece además otro micro-contexto propio de las instituciones hospitalarias de la ciudad, en el que algunas directrices institucionales que se denominan: guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos y por supuesto la filosofía organizacional ponen barreras o limitantes al personal asistencial para ejercer una práctica humanizada del proceso del parto.

Otro asunto que aparece aquí son las condiciones propias de cada institución, como por ejemplo la infraestructura que termina siendo otra de las limitantes para promover contextos de parto más humanizados. A continuación se presentan las subcategorías que sustentan la categoría interpretativa número dos:

9.4.1 La infraestructura no permite el acompañamiento de los seres queridos durante el proceso de parto.

Para Burgo uno de los derechos fundamentales durante el proceso del parto y que ha sido expuesto por este autor en el decálogo de los de las madres, es el de elegir libremente la participación de su pareja durante este momento trascendental en la vida de toda la familia gestante. (148) En efecto, según este especialista en parto respetado, el padre o la pareja es uno de los protagonistas del nacimiento junto con el equipo de salud: “El cuidado no está solamente vinculado a la atención tecnológica, sino que lo esencial pasa por ese "cuerpo a cuerpo" de la relación entre la futura madre, el padre, y el equipo profesional que les brinda asistencia”(148)

Sin embargo, la infraestructura de las instituciones de Medellín es insuficiente para permitir el ingreso del acompañante al proceso de parto. El personal asistencial refiere que la mayor limitante para permitir el ingreso de los acompañantes – o al menos de uno de los acompañantes de la madre – es precisamente la infraestructura hospitalaria.

"Los acompañantes no están por la infraestructura, que no da para tener a la familia ahí, no se permite" E2AECR65

Burgo, sin embargo insiste en este acompañamiento como algo trascendental e importante, máxime porque desde su pensamiento, el acompañamiento no es algo fortuito, sino que es una decisión que se ha tomado en pareja.

Estos dos seres humanos, varón y mujer, que un día se encontraron y decidieron compartir la vida, también decidieron juntos incluir al hijo y transformarse en una familia. Y si bien el embarazo está instalado en el cuerpo de la mujer, en realidad les pertenece a los dos. ¿Por qué entonces la reacción de los demás frente al deseo de participación? El desconcierto que despierta un planteo tan simple y elemental como el de incluir al varón se expresa con advertencias llenas de temor. El hombre está bastante propenso a participar, pero frecuentemente no es acompañado por quienes debieran hacerlo: familiares y amigos que lo desalientan, el médico que lo deja fuera de la consulta, la partera que lo saca cuando va a examinar a su mujer, la enfermera a cada momento, y las instituciones que lo excluyen desde rígidas normas (148)

Precisamente al parecer no solo es la infraestructura, que fue el argumento encontrado en la mayoría de los participantes; sino que también un participante refirió que estaba algunas directrices institucionales lo limitaban para el ingreso del acompañante durante el proceso de parto. Aunque para este estudio aparezca como un único testimonio, está en concordancia con lo descrito en la teoría por algunos autores, en este caso lo que ha expuesto Burgo.

"Sí, la principal solicitud es la de tener un acompañante, que por reglas institucionales donde trabajo no es permitido" E6GOCB9

Finalmente y de acuerdo con Burgo el acompañamiento es posibilitador de seguridad y tranquilidad a la madre durante el proceso de parir, él lo define como un soporte magnífico:

Si los dos quieren compartir las vivencias del parto, la pareja debe defender este derecho a que él participe, porque el nivel de emoción de ambos durante esta milagrosa experiencia será más intenso y perdurable. Él está preparado, si lo desea. Nada lo obliga, solo el deseo de ambos. Puede estar para ver, para tomar al niño en el nacimiento, para cortar el cordón, o solo para estar. Su presencia, sus caricias, su aliento, son un soporte magnífico para sostener a su mujer en el momento de parir a su hijo (148)

Es precisamente en ese momento de dolor, angustia e incertidumbre cuando la gestante más reclama un derecho que generalmente por la infraestructura y otras condiciones les es negado en las salas de maternidad de la ciudad de Medellín.

"Lo más difícil es que ellas en ese momento se sienten muy estresadas, muy angustiadas, entonces en ese momento son sin acompañante y sin que tengan un apoyo porque uno en todos los momentos no puede estar ahí, ese es el momento más triste con las maternas" E1AE CR85

9.4.2 La infraestructura no permite respetar la intimidad de la gestante en su proceso de parto y limita su comodidad.

Para Michel Odent el parto es un proceso que requiere ser atendido en intimidad y penumbra, comparándolo incluso con el acto sexual (88). En efecto, para Odent la Oxitocina como hormona protagonista del proceso de parto solo puede ser liberada inhibiendo lo que él llama el neocórtex, una parte del cerebro donde está el intelecto. Para inhibir el neocórtex se requiere silencio y tranquilidad. (149)

El principal estimulante del neocórtex es el lenguaje, y es la interferencia negativa más común en el parto. Se debe evitar hablar, y lo que se diga debe hacerse con extrema precaución. Es importante evitar cierto tipo de lenguaje más racional y numérico. Se debe evitar preguntar cosas a la mujer de parto.

Es increíble el número de preguntas inútiles que se les hace a las parturientas. Para entender esto se puede hacer una analogía con el acto sexual (91)

Sin embargo en esta investigación se ha encontrado que las mujeres que tienen partos en las instituciones de salud, no pueden ejercer ese derecho a la intimidad y a la tranquilidad que exige el proceso de dar a luz.

"Porque el volumen allá se ha aumentado mucho, últimamente hemos tenido muchas maternas, y es muy pequeña la infraestructura para guardar la intimidad de las maternas, solamente hay dos cubículos para trabajo de parto, uno para sala de parto y otra para cesárea, entonces creo que no está la infraestructura" E2AECR24

Otra de las dificultades que el personal asistencial asocia a la infraestructura es precisamente la falta de comodidad a la que las madres muchas veces se ven sometidas por ser muy estrechos los cubículos donde realizan su trabajo de parto, o por no disponibilidad de camas o camillas, teniendo incluso que pasar varias horas sentadas, lo que realmente deshumaniza su proceso de atención.

"... Pero con respecto con el número de camas como tal para albergar tantas pacientes que ingresan a la institución de toda la ciudad de Medellín no damos abasto, o sea la cantidad de maternas que ingresan es demasiado entonces no damos abasto en hospitalización con las pacientes que ingresan" E4EPCP50

9.4.3 La infraestructura condiciona a que existan altas tempranas aumentando el riesgo de las maternas que egresan rápidamente de la institución.

El sobrecupo ha llevado a que incluso las madres no solo tengan que esperar largos periodos de tiempo para ser atendidas, o que realicen su proceso de parto de una manera incomoda sino que también después de ser atendidas son dadas de alta muy tempranamente con el fin de mitigar un poco el colapso institucional, lo que por supuesto aumenta los riesgos de la madre y su bebe.

"...donde no hay muchas veces capacidad, las pacientes tienen un trabajo de parto en una silla Rimax por ejemplo, no hay capacidad en el servicio de hospitalización para dejarlas hospitalizadas, entonces obviamente eso lleva a que hayan altas tempranas del servicio, obviamente con todos los riesgos que eso implica" E6GOCB34

Es importante resaltar que el tiempo para el Alta Médica de una materna en un posparto normal, es decir que no haya tenido ninguna complicación pre-parto,

intra-parto o en su pos-parto está ampliamente documentado. En efecto la Guía para la Atención del parto de Colombia es muy clara cuando pone a la madre y al bebé en vigilancia estricta las primeras 48 horas pos-nacimiento: “Después del parto eutócico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del binomio por personal calificado por las primeras 48 horas” (150)

Muchas instituciones dan de alta antes de que se cumplan estas 48 horas. Cuando esto sucede la Guía del Parto refiere que es importante entonces que personal calificado cuiden al binomio durante este periodo. La pregunta es entonces ¿Cuál es el personal calificado para brindar estos cuidados y esta vigilancia estricta en la casa? El personal asistencial es insistente en que esto es un riesgo muy alto al que se somete la madre y su hijo: “Se recomienda la evaluación del binomio por personal calificado entre las 24 y 48 horas después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas” (150)

9.4.4 Algunos protocolos como la oxitocina de rutina o la monitoría fetal continua limitan la autonomía del personal asistencial.

Muchos de los procedimientos que se realizan a la madre durante el proceso de parto están impartidos por los protocolos y guías de manejo, en algunas instituciones de la ciudad es muy común administrar siempre de rutina la Oxitocina lo cual según los lineamientos de la OMS para la atención del proceso de parto no siempre se requiere. (14) Sin embargo, el protocolo conlleva a que el personal deba ordenar o administrar estos oxitócicos para la inducción del parto.

"Definitivamente no hay materna que llegue a mi organización y no tenga maduración cervical si lo requiere e inducción del parto con oxitocina, eso prácticamente se hace por protocolo" E5EPCRt69

"A todas les colocamos oxitocina porque ese es el protocolo de la institución" E8GOSC50

Otro asunto que se hace por protocolo y que también limita la autonomía del personal asistencial y que por supuesto influye en la atención a la madre en su proceso de parto es la monitorización fetal de rutina, esto hace que la madre deba realizar su trabajo de parto acostada y conectada todo el tiempo al monitor electrónico. Muchas veces el personal asistencial dice de estas prácticas, pero debe cumplirlas por los protocolos institucionales establecidas.

"Porque ellas dicen que se sienten incómodas todo el tiempo conectadas al monitor fetal, porque no las dejan parar al baño, que no las deja hacer ejercicio, que no las dejan hacer cuclillas, entonces todo el tiempo haciendo su trabajo de parto en una cama para muchas no es tan bueno" E4EPCP79

Finalmente es importante resaltar aquí que estos protocolos deben ser cumplidos, en efecto, la mayoría de los participantes manifestaron que no les es permitido saltarse dichos protocolos porque el significado o connotación de ellos es que son reglas que se deben cumplir, de lo contrario podrían ser sancionados.

"...No, no nos podemos saltar los protocolos, hay que seguir las reglas de cada institución, seguir los protocolos, con la oxitocina, que si tiene que aguantar ayuno, tienen que aguantar ayuno, no se pueden parar de las camas, tiene que estar acostadas, los bebés monitorizados... es una regla"
E16AEHGM14

9.4.5 La filosofía organizacional y el credo confesional limitan aspectos como el derecho a la elección de métodos de planificación familiar.

Si bien la filosofía organizacional es uno de los tantos aspectos que limitan el ejercicio de la autonomía profesional para generar contextos más humanizados y de respeto por los DSSR, es una de las causas que más condicionan al personal para realizar acciones como por ejemplo educación en planificación familiar o la ejecución de procedimientos quirúrgicos definitivos como la tubectomía. Al hacer una búsqueda documental de algunas filosofías organizacionales encontramos lo siguiente:

Considera el cuerpo como una parte intrínseca de la persona humana que participa en su dignidad de hijo de Dios. **No acepta procedimientos de planificación familiar quirúrgica**, terminación voluntaria del embarazo, eutanasia, porque ello supone manipulación y eliminación de la persona. (151)

Católico y Patriota: Ninguna causa eximirá al estudiante del cumplimiento de sus deberes universitarios, familiares, patrióticos y sociales. **Será primero que todo un católico convencido y práctico**, un patriota sin reservas ni odios; y luchará por la implantación de un orden cristiano en las relaciones humanas. (152)

De esta manera se observa como las organizaciones que confluyen frente a un credo confesional o cierta filosofía pueden limitar incluso la búsqueda y ejercicio de ciertos derechos, como en este caso los DSSR. Para El Cairo y para Beijing estos derechos:

Representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido); ya que implican la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción. (85)

Limitarlos significa entonces coartar la libertad humana y el ejercicio de una ciudadanía planetaria en que sea posible tomar decisiones sobre el propio cuerpo. Es importante resaltar que cualquier derecho incluido por supuesto los DSSR no pueden estar en ningún momento sujetos a credos o condicionamientos de origen moral o religioso.

"En particular en la Clínica o en la institución donde yo trabajo hay un sesgo muy grande por la parte de la planificación, entonces las pacientes llegan multíparas o llegan con deseos de no fertilidad y de una se les pone como el límite: es que en la institución nosotros no prestamos el servicio de planificación, no hacemos tubectomías, no podemos darle fórmula de planificación" E6GOCB10

Sin embargo, el personal asistencial considera que el carácter confesional o pensamiento fundante de cada institución no debería limitar a los profesionales para el ejercicio de los DSSR, puesto que esto significa no tener en cuenta la voz de las mujeres y la autonomía de poder decidir sobre su cuerpo, sus sueños y su futuro.

"...pero las instituciones yo que pienso que si falta como más sensibilidad y respeto y que tengan más como en cuenta la voz de las mujeres y de los derechos que ellas tienen como a decidir su maternidad" E6GOCB9

Esta situación va más allá de la simple vulneración, pues puede incluso llevar a condiciones aún más injustas, una de ellas es por ejemplo que algunas maternas solicitan un método de planificación definitivo, pero como no es ofrecido quedan nuevamente en embarazo.

"...Si, si puede pasar y en algunas instituciones religiosas no permiten la tubectomía, entonces las mamás a veces vienen, tiene los partos y quieren hacerse la tubectomía ahí mismo y no pueden... porque, porque tienen que esperar a que ya después del parto pasen los días y los meses para hacerse la operación o muchas veces vuelven y quedan en embarazo" E16AEHGM13

9.4.6 Generalmente no está permitido el acompañamiento de las doulas y cuando es permitido requiere una gran tramitología administrativa.

El personal asistencial refiere que las directrices y protocolos institucionales los limitan para el ingreso de la doula durante el proceso del parto. Si bien, ellos relatan que el acompañamiento de la doula influye positivamente en el trabajo de parto, no les es permitido el ingreso ni de la doula ni de ningún otro acompañante. Manifiestan además que las madres reclaman este acompañamiento, algunas de ellas incluso llegan con una carta solicitando el ingreso de su doula, pero la respuesta es siempre la misma – que no les es permitido -. Es importante resaltar

que existen algunas pocas instituciones de la ciudad que permiten el ingreso de las doulas y que el personal asistencial reafirma que el acompañamiento es supremamente valioso y positivo, máximo porque ellos no pueden estar todo el tiempo con la gestante.

"Si me toco un proceso con una doula, donde la materna se siente muy acompañada, tiene quien le esté dando apoyo psicológico, ya que en todo momento nosotras no podemos estar al lado de la materna" E1AECR7

En las pocas instituciones donde se permite el ingreso de las doulas, estas deben presentar certificados y realizar una gran cantidad de trámites administrativos. El personal asistencial refiere que en muchas ocasiones la gestante llega ya un poco avanzada en su proceso del parto y cuando la doula termina de hacer los trámites y se ha aceptado su ingreso a la sala de partos la materna ha realizado prácticamente su trabajo de parto sola y en el peor de los casos él bebe ya ha nacido.

"En esta institución es requisito que la doula presente un certificado y diligencia una documentación" E1AECR6

9.4 Categoría Interpretativa N° 3: La formación académica y el rol institucional pueden influir en las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial en el proceso de parto y en la forma como se atiende a las gestantes, más no determina dicha atención.

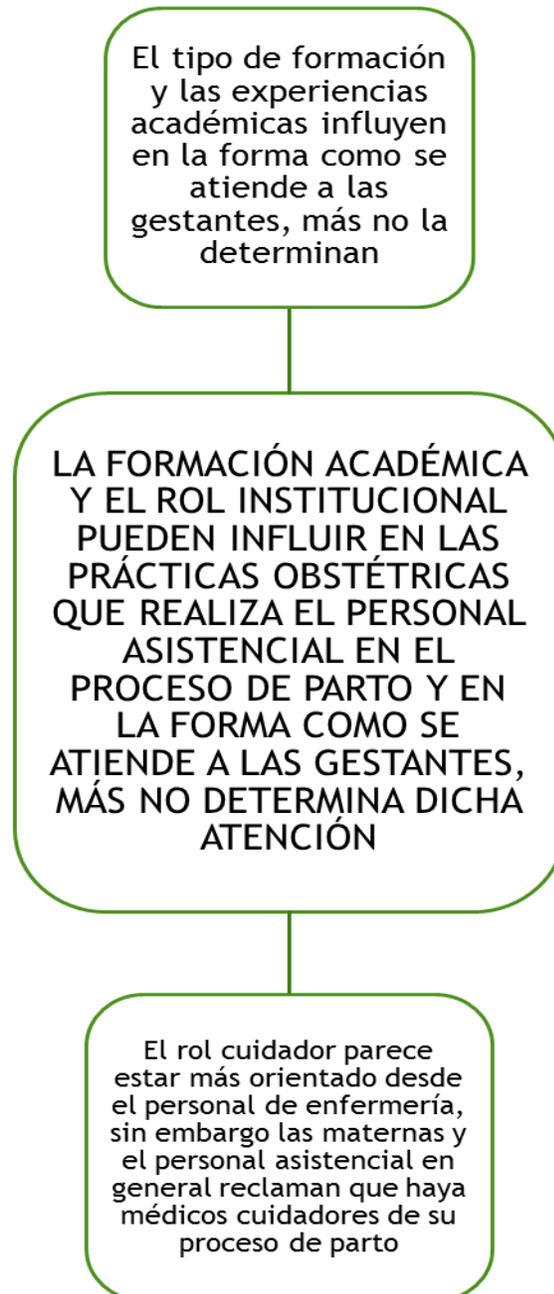


Figura 6: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 3

Finalmente cerramos esta primera parte de los resultados que hemos denominado contexto con la categoría interpretativa número 3. Esta categoría muestra como la formación que ha recibido el personal asistencial y el rol que llega a ejercer dentro de la institución, es decir especialista, médico general, profesional de enfermería, auxiliar de enfermería entre otros influyen en la forma como se atiende a las madres durante el proceso del parto. Sin embargo, es clave mencionar que estas condiciones no llegan a determinar la atención, pues el personal asistencial reconoce que hay otras condiciones que mencionaremos durante la presentación de esta categoría que pueden llegar a influir o incluso pueden ser aún más determinantes que la misma formación recibida o el rol que se ejerce.

Actualmente se reconoce que en la mayoría de las universidades y más concretamente en las ciencias de la salud predomina un modelo o paradigma biomédico, dicho modelo que es hegemónico es el que se ha instaurado en el corazón de las aulas académicas, en muchas escuelas de medicina y de enfermería de la ciudad, en efecto, los participantes de este estudio reconocieron que a pesar de los intentos por instaurar un modelo integral y más humanizado, este modelo y consecuentemente la medicalización de la vida y la perspectiva orgánico-mecanicista es lo que se imparte en las aulas universitarias. A continuación se presentan las subcategorías que sustentan la categoría interpretativa N° 3:

9.4.1 El tipo de formación y las experiencias académicas influyen en la forma como se atiende a las gestantes, más no la determinan.

Muchas de las prácticas que se ejercen con las madres durante el proceso de parto están influenciadas por la formación académica que se ha recibido, en efecto los participantes de este estudio manifestaron que en la mayoría de sus materias y prácticas académicas el modelo biomédico hegemónico es el que más ha predominado, relegando la formación humanística y un modelo de atención más integral que redunde en el bienestar y salud de las gestantes.

"En ese tiempo se miraba mucho lo tecnológico, a las capacitaciones, que hacer, los elementos que usar, los nuevos monitores, no tanto en la humanización porque casi no lo dan y como debe tratar al paciente, sino más bien qué hacer con los aparatos nuevos y tecnológicos que existen"
E1AECR33

En este testimonio se hace evidente como la práctica académica continúa orientándose hacia este modelo biomédico, un modelo que además de ser impartido en las aulas, es socialmente reproducido por el personal asistencial en las instituciones hospitalarias. Al respecto Poblete y Valenzuela refiriéndose como ejemplo al trabajo del personal de enfermería referirán: "Sin embargo, las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo,

reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado” (152)

De esta forma se podría decir que el modelo biomédico hegemónico y la medicalización de la vida, no solo ha impregnado el ambiente universitario, sino que también sigue siendo reproducido en los ambientes hospitalarios, allí donde las madres llegan cargadas con sus angustias, temores e incertidumbres, deseando una comunicación y un diálogo que sea terapéutico, para aliviar las cargas – las cuales – muchas de ellas no son físicas.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas de tipo biomédico quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana (152)

Retomando el asunto de la formación académica la cual influye de alguna manera en la forma como el personal asistencial atienden a las madres, se evidencia también como muchas de las prácticas obstétricas que se realizan hoy en la ciudad a las madres en proceso de parto devienen en gran medida del modelo que se esté instaurando en los currículos académicos de las escuelas de salud, en el tipo de práctica docente que se realiza con los estudiantes y en los ambientes hospitalarios.

"Uno es la fiel copia de sus profesores, de lo que aprendió, de los sitios que visito, entonces se supone que uno debería siempre aprender lo bueno, pero a veces a uno se le pegan las mañas o los comportamientos de otras personas, incluso encuentra gente que, ve pero vos porque no haces tal cosa, porque así lo hacía mi profe" E3IQCP96

Sin embargo, es importante mencionar que la formación académica y el ambiente hospitalario influye más no determina la atención que se brinda a las madres, así lo manifestaron la mayoría de los participantes de este estudio quienes refirieron que a pesar de haber recibido una formación académica que ha influenciado su práctica, también existe la formación continuada que les ha ayudado a tener una perspectiva más humanística y que además cuenta lo que se es como ser humano, es decir los valores que se traen desde la formación familiar y desde la primera escuela.

"...a pesar de que de la formación académica influye en la atención de las madres en su proceso de parto, no es determinante, pues está por encima lo que uno es como ser humano" E16AEHGM19

A lo largo de este estudio algunos de los participantes manifestaron que sus convicciones también son importantes y que el “equipaje de valores humanos” como lo llama Bermejo (147) también juegan un papel preponderante en el actuar del personal asistencial y en las prácticas obstétricas que se realizan con las gestantes, sin embargo siguen reconociendo que la formación académica recibida y el ambiente hospitalario no dejan de influir constantemente en muchas de las tareas que realizan o que dejan de realizar, una de ellas como ya se ha mencionado el diálogo terapéutico con las madres, un asunto que se profundizará más adelante cuando veamos la parte de Educación para la Salud.

9.4.2 El rol cuidador parece estar más orientado desde el personal de enfermería, sin embargo las maternas y el personal asistencial en general reclaman que haya médicos cuidadores de su proceso de parto.

Otro de los aspectos encontrados y que está íntimamente relacionado con la formación recibida y el modelo hegemónico es que al personal asistencial cada vez le cuesta más ejercer el rol cuidador. Si bien el cuidado es el objeto propio de la disciplina de enfermería, se parte del presupuesto que todo el personal asistencial independiente de su rol ha hecho la promesa de cuidar y defender la vida dignamente. Sin embargo, tanto al personal de enfermería como al personal médico les es difícil ejercer un cuidado constante a la madre en proceso de parto.

“En esta institución la enfermera profesional tiene una alta carga administrativa lo que hace que se desligue de las funciones asistenciales, educativas y de cuidado de las gestantes en proceso de parto” E4EPCP47

Sin embargo, los participantes refieren que las maternas cada vez reclaman con más urgencia la necesidad de tener personal asistencial que les dedique mayor tiempo y cuidado y que especialmente quisieran tener más cuidado directo de los especialistas que les atienden.

“...a pesar de que es el personal de enfermería el que ejerce las labores del cuidado, las madres reclaman médicos que estén más pendientes de su proceso de parto” E14AECB31

“No existe la figura del médico cuidador y actualmente los especialistas solo responden al llamado de enfermería, pero casi nunca están en el servicio de trabajo de parto pendientes de la evolución de las gestantes” E16AEHGM22

Finalmente y relacionado con lo anterior, no solo las gestantes piden constantemente este cuidado por parte del especialista, sino que también al personal asistencial tanto médicos generales, instrumentadores, personal de enfermería e incluso los mismos especialistas quienes refieren una sobrecarga de trabajo como ya lo hemos visto reclaman personal médico más enfocados a la

parte del cuidado, puesto que insisten en la necesidad de considerar el proceso del parto como esa etapa de la gestación que es maravillosa y al mismo tiempo crítica, pues como ya se ha mencionado la materna y su bebe requieren mucha atención y una gran cantidad de cuidados.

“...sería algo muy positivo para el proceso de atención del parto que realmente existiesen médicos cuidadores de dicho proceso” E14AECB3

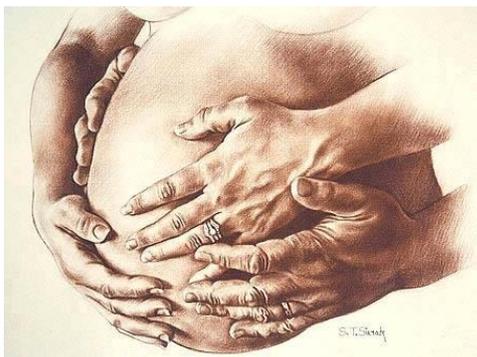
Para Boff el rol cuidador es mucho más que un acto en momento puntual, es una actitud constante que exige responsabilidad y preocupación por el otro, es un compromiso y va más allá que un momento de la atención. (153) Exige además ver al otro como el otro y no como lo otro, es decir como alguien que nos importa, máximo si esta oprimido o pasa por un momento de vulnerabilidad.

Aquí encontramos el lugar del nacimiento de la ética que reside en esta relación de responsabilidad frente al rostro del otro, en especial del “más otro” que es el oprimido. En la acogida o en el rechazo, en la alianza o la hostilidad hacia el rostro del otro, se establecen las relaciones más primarias del ser humano y se deciden las tendencias de dominación o de cooperación. (153)

Por su puesto en el paradigma biomédico dominante la tendencia es de dominación hacia el otro, (60) que muchas veces son concebidos como lo otro. En este caso concreto las madres son vistas como un objeto, cosificadas y miradas solo desde la perspectiva de un gran útero que lleva un producto fetal. (13) Estos resultados hacen un llamado fehaciente tanto a las instituciones de salud como a quienes hacen las políticas públicas en salud de velar por que existan médicos realmente cuidadores del proceso del parto, como ya se ha dicho, cuidar va más allá que un procedimiento médico, instrumental o enfermerístico, reclama tiempo, responsabilidad y compromiso por parte de quienes brindan atención en salud.

"Yo considero que en un trabajo de parto debería ser una situación similar, una persona que te esté alentando, que te tome la mano. Yo recuerdo particularmente una paciente que me decía que le diera la mano y yo le di la mano y ella se sentía tranquila porque yo le estaba tomando la mano, entonces son cosas que no te quitan nada en lo personal y que pueden ser muy gratificantes" E3IQCP61

Cierro esta categoría interpretativa refiriéndome a Yousafzai para quien el futuro de la humanidad está en la educación.(154) Dicha educación ha de estar centrada en el ser humano, en todas sus dimensiones y potencialidades porque como se ha evidenciado los resultados que presenta esta categoría, la formación es un componente importante que influye de una manera muy fuerte en las acciones de las personas. De ahí que cuando se piense en formar no solo hay que pensar en el ámbito académico, sino en todos los espacios vitales del ser humano.



Un proceso de nueve meses: La Gestación*

PARTE II: LAS CAUSAS

“El mundo se construye: Esta es una verdad fundamental que hay que entender en primer lugar, y entenderla tan bien, que se convierta en una fuerza habitual de nuestro pensamiento”

Teilhard De Chardin

* Imagen tomada de Internet: Trazo a Lápiz.

9.5 Categoría Interpretativa N° 4: Existe un escaso conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en el personal asistencial lo cual influye en que dichos derechos se vulneren, especialmente durante el proceso de parto.



Figura 7: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 4

El reconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos como los más humanos de todos, (3) constituye el primer eslabón para la atención a la gestante durante el proceso del parto en un contexto de intimidad, humanización y por supuesto lo más fisiológico y naturalmente posible. (14) Después de analizar las tres categorías que contextualizan los resultados de esta investigación, aparece una cuarta categoría interpretativa: Existe un escaso conocimiento sobre DSSR en el personal asistencial lo cual influye en que dichos derechos se vulneren, especialmente durante el proceso de parto. Dicha categoría, es asumida dentro de esta investigación como una categoría-causa, puesto que este desconocimiento influirá directamente en algunos significados y en las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial a la madre durante su proceso de parto.

El desconocimiento de los DSSR por parte del personal asistencial y la vulneración de los mismos es un tema generalizado en la región de las Américas,

así lo demuestran algunos estudios. (10) (11) (15) (48) (57) A pesar de los avances de un mundo globalizado, de los esfuerzos de las convenciones internacionales tales como “El Cairo” (1) y “Beijing” (41) que encuentran los DSSR como parte indisoluble de los derechos humanos y de las políticas de cada país, en el caso de Colombia que contempla dentro de su Plan Decenal de Salud Pública en la séptima dimensión la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos con un enfoque de género y diferencial, (3) y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que aboga por que el personal asistencial fortalezca sus competencias en estos aspectos, (51) toda esta normatividad y los esfuerzos de los países parecen seguir resultando insuficientes. En efecto, los participantes de esta investigación, incluyendo los especialistas en Ginecología y Obstetricia manifestaron tener un escaso conocimiento acerca de estos derechos, derechos sumamente importantes en la vida de todo ser humano y que no están siendo tenidos en cuenta durante la atención del proceso del parto.

“...pero las instituciones yo que pienso que si falta como más sensibilidad y respeto y que tengan más como en cuenta la voz de las mujeres y de los derechos que ellas tienen” E6GOCB9

A los salubristas esta situación les debe interpelar, ¿Qué se debe hacer para que realmente estos derechos se respeten en todos los contextos de la vida del ser humano y especialmente durante los momentos trascendentales del parir y del nacer? Ni siquiera, los grandes avances científicos y el concepto de ser humano que se va decantando poco a poco en esta nueva era planetaria van propiciando un fuerte viraje por el conocimiento y el re-conocimiento de estos derechos. En efecto, pasar del avance científico a la toma de consciencia siempre supondrá un salto cuántico. Odent, referirá al respecto: “Lleva tiempo digerir los avances científicos y pasar del conocimiento a la toma de consciencia” (149)

Cuatro subcategorías componen nuestra cuarta categoría interpretativa, todas ellas se enmarcan como causas que interactúan entre sí y que dan una visión global de los significados que tiene el personal asistencial acerca de los DSSR y de su práctica tanto en la atención cotidiana a la madre, como en su proceso del parto. A continuación se desarrollarán estas 4 subcategorías:

9.5.1 Hay un reconocimiento por parte del personal asistencial acerca del desconocimiento que se tiene actualmente sobre los DSSR.

Un primer aspecto que se resalta en esta subcategoría es que el personal asistencial, aunque desconozca la mayoría de los DSSR, reconoce su importancia durante la atención a las gestantes, especialmente en el momento de dar a luz. Así lo manifestaron todos los participantes de este estudio quienes en algún momento puntual de la vida, ya sea por su formación profesional, por procesos de

capacitación y formación continua o por la interacción con su equipo de trabajo han escuchado algo sobre los DSSR.

“Los derechos son súper importantes y más en el momento en que la materna está punto de dar a luz a su hijo, donde necesita todo el apoyo” E1AECR16

La relevancia de estos derechos es acogida por la Conferencia de Población y Desarrollo quien refiere que todos los seres humanos tienen ese derecho a alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva. (1) Sin embargo, es importante resaltar que estos derechos tal y como se conocen hoy en día son de conceptualización relativamente reciente. En efecto, solo poco antes de iniciar el nuevo milenio se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. (155) Aunque los derechos reproductivos son de promulgación menos reciente (Conferencia de Teherán de 1968) (156) lo que suena un tanto paradójico si partimos del hecho que para el personal asistencial le son más familiares los derechos sexuales que los derechos reproductivos, algo que se abordará en otra subcategoría más adelante.

Por otro lado, esta importancia que el personal asistencial le da a los derechos como se ha mencionado previamente, no es proporcional al conocimiento que se tiene sobre ellos. A lo largo de esta investigación se constató como existe un gran desconocimiento acerca de cuáles son los DSSR; la mayoría de los participantes solo mencionaban uno o dos derechos, algunos incluso referían haberlos escuchado en algún momento, pero no recordar ninguno de ellos.

“No, no los conocemos. [Acercas de los DSSR] Para el personal de ginecología el tema de la maternidad se convierte en algo rutinario, es algo que hacen todos los días” E3IQCP10

Este desconocimiento que como ya se ha dicho ha sido documentado por múltiples estudios, (10) especialmente en la región de las Américas, es un tema invisibilizado y al que no se le ha prestado la suficiente importancia. Al revisar los derechos tanto sexuales (155) como reproductivos (85) (156) se reflexiona como en ellos están contenidas entre varios aspectos vitales, las necesidades básicas de la mujer, algo por lo que humanistas como Odent abogan constantemente. (91) y que los que pretendemos hacer Salud Pública debemos velar por que se respeten. En efecto, en uno de sus epílogos Odent se cuestiona acerca del reconocimiento urgente que requieren estas necesidades básicas: “¿Qué pasaría si las múltiples razones para redescubrir las necesidades básicas de la mujer que da a luz fueran bien digeridas y asimiladas por la emergente ciudad global? ¿Qué pasaría si la obstetricia se convirtiera en una disciplina médica al servicio de las mujeres y comadronas?” (91)

En un primer acercamiento se podría decir que esta comprensión de los DSSR en los que están contenidas las necesidades de la mujer llevaría al personal

asistencial hacia un respeto profundo por las decisiones de la familia gestante, fomentaría un diálogo abierto y recíproco con la madre y su entorno, se velaría por un proceso del parto en silencio, intimidad y calidez, se refrendaría la misión de defender y cuidar la vida digna en todo momento y por ende se transformaría la forma de nacer, una forma totalmente desligada del contexto hospitalario actual y que se mantiene inamovible desde los orígenes de la clínica, donde lo natural se volvió patológico, (60) donde la única forma de mirar la salud es a través de los ojos de la enfermedad o en el peor de los casos a través de una mirada organicista “un útero” – solo por citar un ejemplo - en palabras de Foucault sería una mirada de la enfermedad a partir de órganos distribuidos en un atlas anatómico. (106)

Para nuestros ojos ya gastados, el cuerpo humano define, por derecho de naturaleza, el espacio de origen y la repartición de la enfermedad: espacio cuyas líneas, cuyos volúmenes, superficies y caminos, están fijados, según una geometría ahora familiar, por el Atlas Anatómico. Este orden del cuerpo sólido y visible no es, sin embargo, más que una de las maneras para la medicina de especializar la enfermedad. Ni la primera indudablemente, ni la más fundamental. Hay distribuciones del mal que son otras y más originarias. (106)

De esta manera, Foucault nos muestra como también existen otras maneras de concebir el cuerpo humano, no solo desde la visión del mal o de la enfermedad, sino desde cualquier visión en que este se pueda concebir como por ejemplo la visión del bienestar y de la salud. Una visión que se precisa hoy en día para comprender cuan fundamental e importante es el respeto por los DSSR, un respeto que por supuesto incluye todas las dimensiones de la madre y su entorno. Pero esta comprensión incluye un conocimiento previo, que es una denuncia y al mismo tiempo un llamado urgente para todos aquellos que se dedican de una manera profesional al cuidado de la vida.

Al ahondar un poco en el porqué de este desconocimiento se encontró que en el personal asistencial existe un vacío en estos aspectos dentro de su formación académica y en una falta de capacitación y actualización continua en las instituciones donde laboran, así lo manifestaron con gran preocupación los participantes, quienes subrayaron la importancia de formarse en DSSR.

“Yo considero que si se conocen un poco [acerca de los DSSR] pero no es un conocimiento que sea impartido desde una capacitación como objetiva y directa desde las directivas de las instituciones donde se trabaja, se conocen porque se habla entre el grupo de compañeros de trabajo, pero no es algo como que sepan realmente desde donde vienen, por qué vienen y cómo se deben trabajar pues como con las mujeres con las que nosotros trabajamos día a día” E6GOCB5

El escaso conocimiento deja entonces la pregunta ¿Qué es entonces lo que se conoce?, frente a este interrogante emergió otra subcategoría que se presenta a continuación.

9.5.2 Existe una orientación de los Derechos Sexuales y Reproductivos centrada en la planificación familiar sin tener en cuenta los demás derechos.

Los pocos participantes que expresaron conocer algunos de estos derechos tuvieron una orientación de los DSSR centrada en la planificación familiar. Esta orientación hacia la planificación familiar – que si bien es significativa - invisibiliza otros derechos que son igualmente importantes, especialmente aquellos que están involucrados en la atención del parto.

“Pues yo lo que sé de los DSSR de las mujeres es que ellas tienen derecho a elegir el método de planificación que quieren y en qué momento se realizan la tubectomía” E7ANCP1.

Testimonios como este, surgieron a lo largo de toda la investigación, lo cual muestran como efectivamente el personal asistencial ha centrado su conocimiento y práctica respecto a los DSSR en la Planificación Familiar. Esta situación, lleva insoslayablemente a que el personal asistencial vulnere derechos que son importantes y que muchas veces le son desconocidos. Aquí hay una gran necesidad - no solo de conocimiento - sino también de comprensión. Es prioritario que los sistemas de salud, los sistemas académicos y los mismos profesionales comprendan la necesidad de una preparación adecuada en DSSR.

Esta comprensión implica ir más allá de un conocimiento académico, de recitar los derechos memorísticamente, implica ponerlos en el escenario público, dialogarlos, hacerlos vida, allí donde está ocurriendo el milagro de la vida, donde se está gestando el nacimiento: momento crítico de nuestra capacidad de amar, esto último como lo plantea Odent. (88) Para Gadamer la comprensión se da en el “acontecer” de la vida, en esa experiencia vital e histórica sin la cual no es posible la comprensión del mundo. (118) Ese estar- ahí, del ser en el mundo, que en la filosofía Gadameriana implica la realización del ser frente a la comprensión. (118) Por supuesto una comprensión que no se agota, puesto que es histórica, una historia recíproca entre el personal asistencial con la madre y su entorno: “Ser histórico quiere decir no agotarse nunca en el saberse. Todo saber procede de una predeterminación histórica” (118)

La comprensión de los DSSR surge aquí de una manera vital e importante, pues en la medida que el personal asistencial logre una comprensión de los derechos habrá mayor probabilidad de que estos se no se vulnere; una vulneración que es constante como lo manifestaron los participantes y que afecta la atención a la

madre, en un momento en que necesita todo el apoyo y comprensión por parte de quienes le rodean.

“Yo veo que nos pasamos a la frialdad y de repente no nos damos cuenta que esa persona es humano, ella quiere escuchar cosas más tranquilas, más alentadoras” E3IQCP57

Esta situación parece tornarse en algo habitual en las instituciones de salud de la ciudad donde no solo se vulneran los derechos sino donde también el personal asistencial se olvida de educar a la gestante sobre dichos derechos. Es así como algunos pocos participantes que refirieron conocer un poco estos derechos, afirmaron que aunque se conozcan un poco, muchas veces no se toman en cuenta durante el proceso de atención y diálogo educativo con la madre, lo que reitera nuevamente la necesidad no solo de conocimiento sino también de comprensión.

“...Entonces empezamos a saltarnos algunos protocolos de procedimientos, entonces nos saltamos contarle a la mamá estos y estos son tus derechos, o vos tenes derecho a esto o puedes pedirnos tal cosa, porque se convierte en algo rutinario y en términos sonará muy feo, a ganancias y productivo cierto, estamos en una maquinaria” E3IQCP11

Aquí es evidente que un modelo de salud basado en la productividad y no en el derecho fundamental a la salud lo cual continúa deshumanizando la atención y la transforma en una maquinaria centrada en una economía de mercado.

9.5.3 Los DSSR son los derechos que más se vulneran durante el proceso del parto.

Como ya se había expresado la mayoría de los derechos que son conocidos por el personal asistencial están centrados en la planificación familiar. Cuando se indagó a los participantes sobre lo que conocían acerca de los DSSR la mayoría de los testimonios no dieron respuesta sobre los derechos sexuales y en cuanto a los derechos reproductivos algunos hablaron del acompañamiento, pero no dieron respuesta por el resto de derechos a tener en cuenta durante la gestación o el proceso del parto. De hecho, los testimonios siguen un hilo conductor que evidencia el desconocimiento de dichos derechos, pues como ya se ha reiterado están centrados en la planificación familiar.

“Son importantes, [Acerca de los DSSR]. Es que usted se imagina como hace años que una mujer para poder planificar tuviera que contar con la aprobación del esposo, entonces, un tipo bien machista o algo que quiera tener 50.000 hijos y que diga que no, no, ellas son las que tienen que tomar esa decisión” E7ANCP2

Es importante resaltar nuevamente que para el personal asistencial este desconocimiento, aunado a algunas situaciones del contexto como se mostró en las categorías iniciales conlleva a la vulneración de estos derechos. Precisamente los derechos de la madre durante su proceso de parto son los que más se están vulnerando en la actualidad.

“Pues a ver... desafortunadamente en un sistema, lo he podido vivir y lo reconozco y lo acepto que estamos en un sistema de salud donde se vulneran muchos de esos derechos, se vulneran todo el tiempo, primero porque están condicionando la madre que haga su trabajo de parto sola, no se está brindando el acompañamiento de la paciente por la persona que ella elija, no en todas las instituciones se hace, pacientes que tienen derechos y son vulnerados, por ejemplo tan sencillo como “Le voy a hacer un tacto, salga señor de la habitación” E4EPCP5

De acuerdo al testimonio anterior, es importante resaltar que la vulneración de los derechos de las madres durante su proceso de parto es multicausal y no obedece exclusivamente al desconocimiento. Sin embargo, el desconocimiento de dichos derechos es una causa que influye y determina en gran medida la no defensa de esos derechos de las madres y que nuevamente se identifica como una necesidad de vital importancia que hay que abordar tanto desde el macro-contexto (Sistema de salud, Políticas Públicas) como de desde los micro-contextos (Escuelas de formación, Instituciones Hospitalarias).

“...si tú conoces tú no puedes vulnerar y no puedes pasar por alto que ese derecho lo estas vulnerando, porque si yo sé que la paciente tiene derecho a estar acompañada porque le tengo que sacar el compañero, porque sabiendo yo que la paciente tiene derecho a elegir un método de planificación, independientemente del número de hijos, independientemente de su escolaridad porque tengo yo que incidir o persuadir a que la paciente tome la decisión de hacerse la tubectomía sin desearlo realmente” E4EPCP11

9.5.4 Los DSSR son reconocidos según las condiciones de aseguramiento, escolaridad y situación económica de la gestante.

Finalmente y para cerrar esta categoría interpretativa, aparece un asunto neurálgico y que emerge como una subcategoría en lo que toca a los DSSR. Como ya se ha reiterado hay un escaso conocimiento acerca de los derechos de la madre y una orientación centrada en la planificación familiar que conlleva en la mayoría de los casos a que durante el proceso del parto se le estén vulnerando muchos derechos a la gestante. Sin embargo durante este estudio apareció una nueva situación y es que muchas veces el personal asistencial realiza una atención preferente de cuerdo al tipo de aseguramiento, escolaridad o situación

económica que presente la gestante. Este hecho termina por acentuar aún más la vulneración de los derechos, los cuales han de respetarse por encima de cualquier condición, raza, sexo, situación económica entre otros. (155) (156)

“A nivel de las pacientes particulares hay más respeto, las pacientes que tienen su seguridad social sean en medicina pre-pagada, póliza y particulares y vienen de otras ciudades o incluso del exterior, definitivamente si se ven la diferencia, yo me atrevería a decir que a esas mujeres si se les respeta y se les brinda tener la oportunidad desde la preconcepción de esos derechos”
E5EPCRt12

De esta manera se evidencia como el reconocimiento de los DSSR en el parto son un producto que se compra. Una situación perversa y que afecta en lo más profundo de la dignidad humana.

Es evidente, que el parto, por ser un momento valiosísimo en la historia humana, por ese simple hecho debería ser humanizado, es decir, estar rodeado de toda la calidez, intimidad, seguridad y acompañamiento que este se merece. En nuestro país, el Parto Humanizado debe estar alineado a las orientaciones de la Declaración de Fortaleza (14) y la Guía Clínica para la atención del Parto. (8) Estas orientaciones se deben cumplir con toda gestante que ingrese para su proceso de parto a cualquier institución de salud. Sin embargo, de acuerdo a los testimonios de los participantes, en las instituciones de Medellín no se ha incluido la mayoría de estas orientaciones y donde se han incluido, es un servicio pre-pagado o particular, es decir, un servicio más dentro de un modelo que oferta un paquete y quienes tengan los recursos y quieran pueden acceder a él. El parto humanizado entonces se ha transformado en un paquete que se compra y al que solo una pequeña élite tiene acceso.

“La paciente de EPS por lo general no accede al parte humanizado, entonces si yo soy EPS no puedes elegir parto humanizado, porque normalmente lo que la EPS dicta es que tengas atención como cualquier otro paciente ¿cierto? por lo general estas pacientes es porque están pagando particularmente o porque son de medicina pre-pagada y tienen su médico particular...”
E4EPCP92

Por otro lado el personal asistencial reconoce que existe una atención diferenciada de acuerdo a ciertas condiciones con el que la madre ingrese a realizar su proceso del parto. Para algunos casos se manifestó que la atención era diferente entre las madres que tenían un alto grado de escolaridad respecto a quienes no lo tenían o incluso carecían de este; en estas últimas la atención era deficiente y la vulneración de los derechos aún más acentuada. En otros casos la diferencia estaba dada por el aseguramiento en salud o la situación económica de la materna. En cualquiera de los casos hay una brecha bastante amplia, de esta

manera el respeto por los derechos de las madres se está dando de una manera inequitativa y moralmente injusta.

*“Yo tengo la experiencia de tener los dos escenarios desde la práctica laboral y fueron los dos escenarios donde atendí pacientes particulares y pacientes de seguridad social, de Sisbén y de EPS y realmente si se ve la diferencia”
E5EPCRt12*

Se evidencia entonces como nuevamente aparece en la escena un modelo de atención no basado en la humanización y el cuidado de la vida, sino en la mercantilización de la salud, en servicios que se compran y se venden y están al servicio del mejor postor, una vida que se hinca constantemente a los pies del capitalismo y de las condiciones opresoras del mercado neoliberal. De esta manera el espíritu que mercantiliza la vida se abre paso en medio de la clínica y como diría Santos fabulando un universo donde solo es importante aquello que tiene un valor monetario, que puede comprar y venderse.(23)

La manera como se produce la historia humana sobre esa base material es la verdadera responsable de la edificación de la torre de babel en que vive nuestra era globalizada. Cuando todo hace creer que ha sido posible la creación de un mundo veraz, lo que se impone a los espíritus es un universo de fabulaciones, que se aprovecha de la prolongación de todos los contextos para consagrar un discurso único. Sus fundamentos son la información y el imperio, que a su vez encuentra cimiento en la producción de imágenes y de lo imaginario, y se ponen al servicio del imperio del dinero, que se basa en el economicismo y en la monetarización de la vida social y personal. (23)

De esta manera el proceso del parto y el nacimiento, momentos únicos y maravillosos están atravesados por la fabulación del dinero y que a diferencia de lo que tenemos actualmente, este momento debería estar atravesado por una consciencia de atención basada en la igualdad y en la equidad, máxime cuando el nacimiento es un momento trascendental que no se repetirá jamás: “Dicho de otro modo, comprendimos que, entre los mamíferos en general hay, inmediatamente después del nacimiento, un corto periodo que no se reproducirá jamás” (149)

Sin embargo, en los hospitales de nuestra ciudad seguimos reproduciendo la lógica hegemónica del mercado capitalista, donde una madre y su bebe próximo a nacer son atendidos de acuerdo a ciertas condiciones donde quedan relegados la humanización y la justicia social, esta última entendida en términos de igualdad y de equidad. Esta reproducción por supuesto no está en ningún momento desligada de la situación actual de nuestros contextos sanitarios y de las reformas que se han hecho a los sistemas de salud tal y como lo expresa Laurell: “La separación entre administración de fondos y prestación de servicios ha llevado a la mercantilización y ha creado nuevos actores económicos en el sector con acceso

a los fondos públicos de salud... La lógica dominante del seguro es la económica y no la de satisfacción de necesidades de salud” (145)

Esta situación se convierte al mismo tiempo en una denuncia y en un llamado fuerte para que el personal asistencial no continúe cayendo en este círculo vicioso, en esta lógica perversa del modelo neoliberal. Por el contrario hoy más que nunca es necesario volver a las raíces, a la humanización del nacimiento, es decir dotar de significado este proceso maravilloso de dar a luz. Precisamente en ese dotar de significado está el corazón de la humanización. (147) “Humanizar la asistencia consiste en dotarla de significado, actitudes y habilidades que hacen que la asistencia sea vivida de manera sana y sanante, experimentada familiar y afable, con impregnación de los valores más genuinamente humanos e inalienables, como la autenticidad, la verdad, la libertad, el respeto...” (147)

Para cerrar esta categoría se puede afirmar que las gestantes transitan entre la vulneración y el respeto de sus DSSR. El conocimiento, la orientación, la comprensión, los significados, el contexto y el respeto por encima de la mercantilización van determinando el ejercicio y reconocimiento de estos derechos por parte del personal asistencial que día a día atiende a las madres en las salas de ginec Obstetricia durante uno de los momentos que marca la vida de cualquier mujer: El nacimiento de un hijo. Los resultados de esta categoría son también un fuerte llamado a que todos los actores involucrados se esfuercen por el conocimiento y el reconocimiento de los DSSR, que ellos sean una prioridad para cualquier directriz, política o pensum formativo. Esto puede ser una de las soluciones que le apunten a que los derechos no se transformen en mercancía que está a la compra de un pequeño grupo que puede acceder a ellos, por el contrario que como verdaderos derechos sean reconocidos por encima de cualquier condición humana.

9.6 Categoría Interpretativa N° 5: el concepto que tiene el personal asistencial de salud y de educación para la salud influyen en la forma como se atiende a las madres en su proceso de parto y en el diálogo educativo que se establece con ellas.

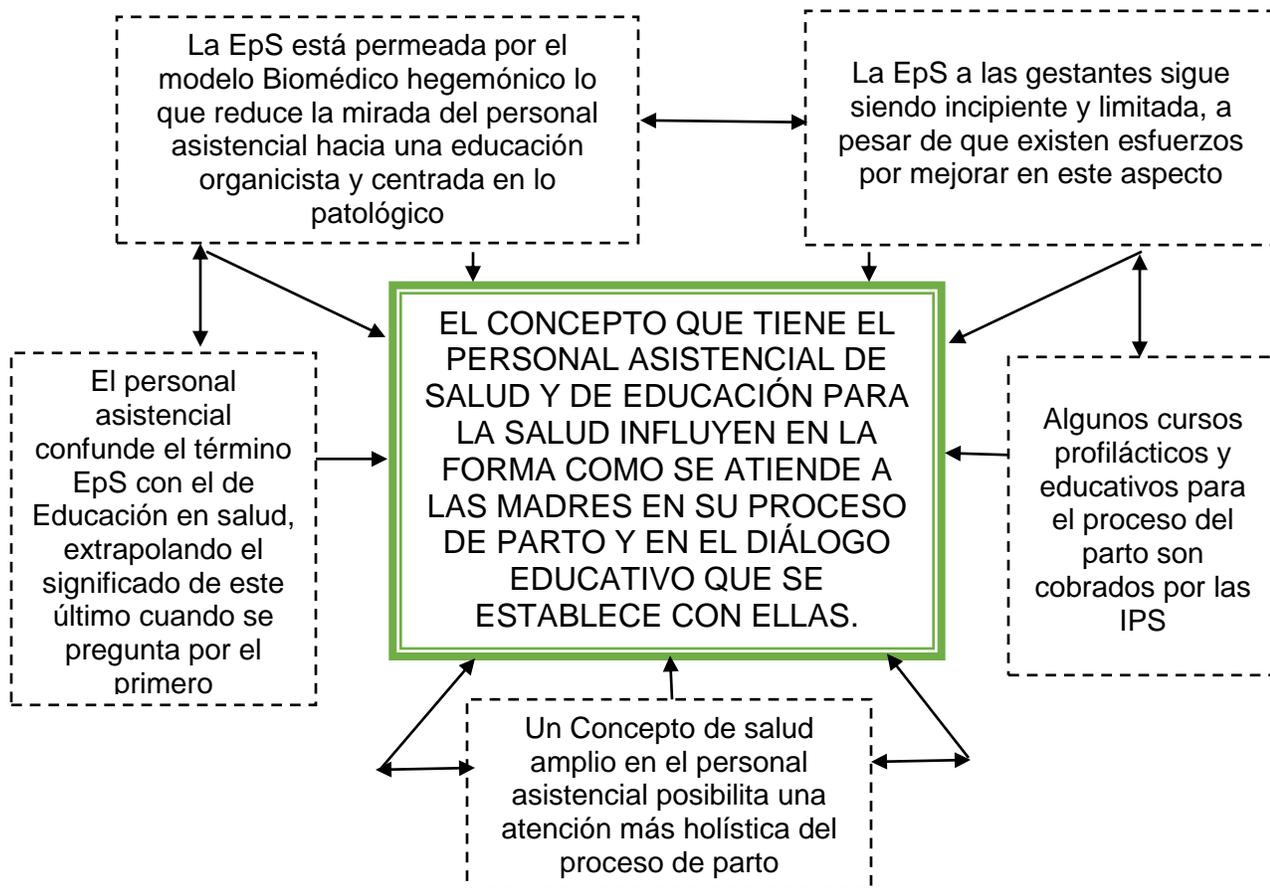


Figura 8: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 5

La quinta categoría interpretativa que está ubicada como una categoría – causa dentro de la matriz paradigmática se centra básicamente en dos conceptos: la salud que está en la base como un pilar o eje transversal y la Educación para la salud. Ambas conceptualizaciones influyen de manera directa en la atención a las madres durante su proceso de gestación y de parto y en el diálogo educativo que se establece con las madres durante dichos procesos.

Es importante resaltar en primer lugar que ambos significados están atravesados por modelos hegemónicos, es decir, la salud sigue siendo concebida por el personal asistencial como un estado o en algunos casos sigue siendo vista desde

la perspectiva de la causalidad, (73) que es la visión desde la institucionalidad o de la epidemiología clásica, lo que de acuerdo con Terris le quita a la salud la posibilidad de comprenderla como un fenómeno dinámico. (75)

No muy lejos está el concepto de Educación para la salud que sigue confundiéndose con el de Educación en salud o en muchos de los casos como un proceso unidireccional de maestro- alumno, donde para este caso la gestante es aquel alumno desprovisto de todo conocimiento que requiere ser educado y por lo tanto re-llenado de conocimiento; una educación bancaria tal y como la llama Freire. (157)

“Hay unas que se les olvida, [Acerca de la educación]. Aquí también se les dice como se debe respirar, como se debe comportar, como hacer para que el parto sea más fácil, para que sea menos el dolor, también aquí se les colabora mucho” E2AECR20

Precisamente estos son los imaginarios y significados que tiene el personal asistencial acerca de la salud y de la EpS, significados que se abordaran en cada una de las subcategorías que se presentan a continuación.

9.6.1 Un Concepto de salud amplio en el personal asistencial posibilita una atención más holística del proceso de parto.

Los participantes de este estudio reconocieron que durante su formación académica el concepto de salud fue trabajado casi siempre desde la institucionalidad, un concepto por su puesto hegemónico y atravesado por la estaticidad de la salud, entendida entonces como un fenómeno abocado siempre hacia la enfermedad y con el adjetivo de “estado” que le acompañaba siempre. (76) La palabra estado aparece en muchos de los testimonios del personal asistencial participante.

“...La salud es como un estado de bienestar físico y emocional” E5EPCRt26

Sin embargo muchos de los participantes reconocen que la salud es más que un estado y va más allá de lo físico y emocional, comprendiendo al ser humano entonces como un ser complejo y multidimensional. De esta manera, unos pocos participantes manifestaron que la salud es dinámica e histórica y debe ser entendida más allá de un mero concepto.

“...Pero obviamente a través de las experiencias y de lo que uno vive en este campo aprende que la salud es más que una definición” E3IQCP25

Estos aprendizajes que se van en contravía de lo hegemónico llevan poco a poco a que el personal asistencial se vaya desligando de esta visión estática y causal de la salud aprendida durante su formación académica y probablemente al inicio de su vida laboral. De esta manera, el personal asistencial, especialmente aquellas personas que han pasado por el proceso de la maternidad reconocen que cuando se adquiere una visión amplia y compleja de la salud, esto posibilita una atención integral y más holística de la atención a la madre como lo muestra el siguiente relato:

"...Que rico sería que a uno, lo atendiera una persona que tuviera un concepto más amplio de salud, que no se dedicara sino a la patología, ni a lo que uno vaya a consultar, sino que sea un amigo de uno, que este pendiente de uno, que a menos le dé una llamadita, porque hay médicos que lo llaman a uno y le preguntan... ve como seguiste, como van tus problemas, muchas veces a veces las enfermedades, no lo afectan a uno tanto, sino los problemas que uno lleva a dentro" E16AEHGM29

Este horizonte más amplio de la salud nos hace volver la mirada sobre el valor intrínseco del ser humano, sobre su necesidad de socialización y de trascendencia en ese mundo de la vida, un mundo donde acontecen los hechos fundamentales de toda experiencia humana, tal y como lo propone la Medicina Social Latinoamericana. (80) Es así como para Granda, uno de los grandes pensadores de este movimiento, el concepto de salud debe llevarnos a pensar que la salud esta insertada en la vida misma y está atravesada en gran medida por lo histórico y lo social. (78)

Continuando con el concepto amplio de salud y con Granda, este hace un llamado fuerte desde la Salud Pública a ir más allá de lo que él denomina la Enfermología Pública, (78) precisamente a esa visión reduccionista de la realidad, visión que por supuesto está íntimamente relacionada con el fenómeno de la salud y la vida. Para Granda la salud va más allá de la enfermedad y no puede en ningún momento ser sinónimo de esta: "...La salud no puede ser concebida únicamente por el descuento de la enfermedad" (78)

Esta visión holística de la salud esta enlazada de una manera profunda con la humanización de la atención. Precisamente, el último testimonio relatado muestra como una visión integral de la salud lleva a que el personal asistencial se preocupe por el otro y salga al encuentro del otro, de sus necesidades, de sus angustias, de sus dificultades, es decir que logre humanizar la atención: "Humanizar, significa lanzarse a través del abismo que separa las personas para encontrarse en una tarea común: El afrontamiento de las dificultades" (147)

La esperanza esta puesta entonces en que el personal asistencial logre ampliar ese horizonte de la salud y en que por fin la atención a las madres sea un verdadero encuentro de humanización, en el que la gestante no sea vista como un

objeto, sino como un sujeto capaz de comprometerse con su salud y su cuidado y ¿Por qué no? Que se dé una verdadera comunicación terapéutica entre madre y personal asistencial, relación que por supuesto, es tranquilizadora y motivadora.

“La comunicación terapéutica consiste en conocer mejor la persona cuidada, volverla a conocer en lo que representa, y no considerarla más que un objeto incondicional de cuidados sino como un sujeto; y tener así una auténtica acción terapéutica” (158)

9.6.2 La EpS está permeada por el modelo Biomédico hegemónico lo que reduce la mirada del personal asistencial hacia una educación organicista y centrada en lo patológico.

Otra subcategoría que nos ayuda a comprender mejor la categoría interpretativa que se está trabajando está relacionada directamente con el significado de EpS que tiene el personal asistencial, significado que está basado en el modelo biomédico hegemónico lo que conlleva a que el personal se centre en un concepto que confluye en la enfermedad y en lo patológico. De esta manera el personal asistencial considera que la única forma de que se dé la EpS es en los controles prenatales o incluso durante el trabajo de parto y que dicha educación - que es impartida por el personal de salud – debe preparar a la madre para un solo momento: El parto.

“La Educación para la Salud debe estar enfocada en la gestante en la respiración, pujo y manejo durante el trabajo de parto y el parto” E1AECR38

Queda en evidencia el concepto que maneja el personal asistencial acerca de la EpS, un concepto que es al modo de la Educación Bancaria (157) como ya se ha visto y que además es biomédico – hegemónico, puesto que está centrado en la impartición de orientaciones acerca de cómo la madre “que no conoce cómo actuar” debe seguir al pie de la letra.

La madre es vista aquí como aquel sujeto que “desconoce” que “no sabe”, es así como algunos de los participantes manifestaron que a las madres no se les educaba, precisamente porque ellas muchas veces no sabían ni si quiera que preguntar o en el peor de los casos siempre olvidan lo que se les enseña.

“A las gestantes tampoco se les educa porque ellas no saben que preguntar” E6GOCB30

“A las madres se les olvida la EpS recibida por el dolor y la angustia a las que se ven enfrentadas en el proceso del parto” E2AECR17

Queda entonces la pregunta: ¿Será posible que se olvide aquello que se ha recibido en un diálogo abierto y multidireccional y que además es importante para la madre? Lo que dicen diferentes teorías es que una comunicación abierta y recíproca produce en la madre efectos positivos y hace que la experiencia del parto sea más agradable. (87)

“Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familiares una experiencia positiva. El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción”. (87)

Al respecto desde ese no saber que preguntar es necesario volver a Freire para quien el educador no es más que el educando y viceversa, ambos tienen que aportar en el ágape del conocimiento. (159) por lo tanto educador y educando siempre tienen preguntas y al mismo tiempo respuestas que dar, ambos están en un aprendizaje continuo. (160) Sin embargo el modelo hegemónico dominante no puede permitirse que quienes hacen parte de su reproducción social se den cuenta de las injusticias que se cometen: “Sería en verdad una actitud ingenua esperar que las clases dominantes desarrollasen una forma de educación que permitiese a las clases dominadas percibir las injusticias sociales en forma crítica” (157)

Aquí es fundamental que el personal asistencial revitalice esa esencia del diálogo educativo y se prepare para ello, abriéndose paso en medio de los conceptos e imaginarios dominantes sobre la forma de educar. Es urgente recordar lo que para Freire es el mundo de los educandos, su contexto, su cultura, el lugar de donde provienen. La madre llega a la institución de salud con ese mismo equipaje que le hace única y por lo tanto el encuentro del personal asistencial con el rostro de la madre, es el encuentro con el rostro del mundo de la vida: “Su mundo” – el de los educandos - en última instancia, es el primer e inevitable rostro del mundo” (159)

Un rostro que llega cargado de incertidumbres, dudas y angustias, pero al mismo tiempo un mundo que tiene mucho para dar y para enseñar, un mundo lleno de respuestas. El personal asistencial debe entonces comprender que la práctica educativa nunca será una práctica lineal, eso sería caer en una visión reduccionista y en una ignorancia muy peligrosa tal y como lo propone Morin: “...y la ignorancia (más peligrosa) de quien cree que el conocimiento es un proceso lineal, acumulativo, que avanza haciendo luz allí donde antes había oscuridad, ignorando que toda luz también produce, como efecto, sombras” (161)

Es urgente entonces que esta era planetaria tanto salubristas como cualquiera que cuide de la vida y eduque para la salud se reinvente, palabra que continuamente resalta Freire en su Pedagogía de la Esperanza: “... En el sentido de que el

Educador es también un artista: El rehace el mundo, el re-dibuja el mundo, el re-pinta el mundo, re-canta el mundo, re-danza el mundo” (159)

9.6.3 La EpS a las gestantes sigue siendo incipiente y limitada, a pesar de que existen esfuerzos por mejorar en este aspecto.

La EpS no puede limitarse solo al proceso de parto, así emergió en esta investigación y así lo relataron los participantes. El proceso educativo se da desde el inicio de la gestación en todos los espacios donde interactúa la madre. Uno de estos espacios son las consultas que realiza la gestante ya sea programadas o por urgencia, sin embargo el personal asistencial relata que la dinámica del sistema de salud basada en la rentabilidad y el tiempo de la consulta y la forma como se atiende a las maternas ya sea hospitalariamente o en los consultorios no permite entablar ese diálogo educativo con ellas.

"... [Acerca del sistema de salud]... De pronto no es un contexto pensado para la integridad de la paciente, de su atención, existen múltiples limitantes, que pueden redundar en... una atención no adecuada a la paciente" E10GOCS13

El personal asistencial reconoce que esta atención que se brinda a las madres es la mayoría de las veces realizada con suma prisa y no se tiene en cuenta que esos espacios son vitales para una que se dé una adecuada EpS.

"...entonces, generalmente pues lo que uno ve, lo que uno alcanza a conocer en el área metropolitana, porque no solo es acá en Medellín, sino también en otros municipios del área, las mamás son atendidas como así, ligero, ligero, una tras otra, una tras otra..." E14AECB18

Relacionado con esto se encuentran testimonios en que algunas de las participantes de este estudio que han pasado la experiencia de ser madres, manifiestan que no se está dando este proceso de EpS.

"...Es más yo soy mamá y hace poco hice unos controles ¡cierto! Yo consideraba que había un médico que se sentaba a decirle a uno, vea mamá su parto va a ser así, así... a usted le va a pasar esto a usted, a usted... Nadie, nadie le explica nada, una mamá nueva, que es su primer bebé ella no sabe por dónde va a pasar, ni se imagina por donde va a pasar, yo creía que eso no se veía, anteriormente en los años de antes a uno no le decían nada, pero yo creía que ahora si se hacía. El especialista llega y le dice... a ver la ecografía, a bueno, está bien, te voy a mandar exámenes, te vas a tomar esta vitaminas, nos vemos en un mes... y no hay educación" E12AECsgdo33

De esta forma se evidencia nuevamente como hoy más que nunca es indispensable retomar ese diálogo educativo con la gestante, un diálogo que se de en todos los momentos y espacios de la gestación y que este orientado realmente a la salud de las madres y del bebe que está por nacer.

Por otro lado, uno de los escenarios clave que prepara a las madres para toda su gestación y para el proceso del parto son los controles prenatales, un escenario que se está desaprovechando para que se dé ese diálogo educativo con las gestantes y para que en este se resuelvan muchas dudas, inquietudes, temores e incertidumbres con las que llegan cargadas.

"...lo que percibo que de pronto en los controles prenatales no se tiene en cuenta como todas las preguntas que tiene ellas, sino que solo se limitan a la resolución de problemas que traigan en cuanto a lectura de exámenes, de pronto de alguna complicación que pueda tener, pero entonces no se está tratando de manera holística, como también teniendo en cuenta las necesidades que cada materna pueda tener" E13EPCR33

Esta situación se torna crítica en tanto las madres esperan que se les resuelvan sus dudas e inquietudes, todo aquello que las preparará para el momento trascendental del nacimiento, incluso aquellas que son multíparas o tienen conocimientos en salud, así lo manifestó una de las participantes.

"...en este caso hablo por mí, cuando estuve yo en embarazo, en todas la citas, en mis controles, en las citas médicas que yo tenía, o sea, no se... ellos no se encargan si no de mirar los exámenes o las ecografías, o los documentos que uno lleve, pero no te miran a la cara, ni te saludan, o te dicen, todo está bien y no le explican a uno nada y uno con muchas dudas pues..." E16AEHGM25

Además el espacio que se abre frente a la madre en el control prenatal, es un espacio en el que según el personal asistencial ellas también están esperando una sonrisa, un apretón de manos, una pregunta por su situación personal.

"...No se dedican sino a mirar documentos, exámenes a evaluar ecografías, es que ni siquiera un saludo, ni una sonrisa le dan a uno en los consultorios, lo digo por parte... pues por experiencia propia..." E16AEHGM27

Ruiz hablará acerca de aquel personal asistencial que es capaz de entablar un auténtico dialogo, que se abren hacia el otro con solidaridad y siempre dispuesto a escucharle y atenderlo. (162) Para él, este personal es un verdadero rostro de esperanza, en este caso concreto para todas aquellas mujeres que pasan por el proceso de la gestación: "Son rostros de esperanza los sanitarios que tienen un espíritu solidario y están disponibles con el corazón en las manos... para atender cualquier necesidad y situación de la persona" (162)

Pasando a otro asunto igualmente importante, es el reconocimiento que hace el personal asistencial en torno a que en el país existen algunos lineamientos y políticas que intentan promover la EpS respecto al proceso de la gestación y del parto, sin embargo estas directrices dadas en paquetes instruccionales, orientaciones del Ministerio o en videos, propagandas, plegables entre otros muchos tipos de material audiovisual siguen resultando insuficientes. Insisten en que las madres siguen llegando cargadas de muchas inquietudes y temores al proceso del parto.

“...A nivel ciudad y a nivel nacional se están haciendo esfuerzos para educar a las gestantes, sin embargo estos esfuerzos siguen resultando insuficientes”
E5EPCRt32

Habría que re-pensar acerca de porque los esfuerzos que relata el personal asistencial no producen los efectos positivos que deberían devenir de la práctica educativa. Surgen interrogantes tales como ¿Cuál es la práctica Educativa? ¿Cómo se brindan los conocimientos? ¿Es realmente lo que las madres necesitan?

9.6.4 El personal asistencial confunde el término EpS con el de Educación en salud, extrapolando el significado de este último cuando se pregunta por el primero.

Uno de los elementos que apareció al indagar al personal sobre el concepto de EpS, muchos de ellos respondieron con un concepto de Educación en Salud. Para estos participantes la EpS obedece a la educación impartida durante su formación académica en las aulas de clase, tal como recibir una clase de Fisiopatología o también cualquier formación que está dirigida a formar personal asistencial tal como enfermería, medicina entre otros. Incluso en algunos momentos en que se indagó por la diferencia entre Educación para la salud y Educación en Salud refirieron no conocer la diferencia o algunos manifestaron que era lo mismo. Muchos participantes manifestaron tener deficiencias en formación respecto a EpS.

“La educación para la salud en Colombia se ha convertido en una empresa productiva, en este momento yo diría que las cosas más rentables que es, es ser una institución formar en salud, porque estamos formando a diestra y siniestra” E3IQCP26

Es probable que una de los aspectos por los que no se practique la EpS con las gestantes en los ambientes clínicos de la ciudad, es precisamente esta falta de formación o desconocimiento por parte del personal asistencial. Sin embargo, este

fenómeno habría que profundizarlo y decantarlo aún más. Lo que requeriría un estudio que trabaje más a fondo esta problemática.

9.6.6 Algunos cursos profilácticos y educativos para el proceso del parto son cobrados por las IPS.

El último aspecto que emergió en esta parte de la investigación y que está relacionado directamente con la EpS es un hecho que se torna perverso y moralmente injusto, pero que obedece igualmente a la lógica de rentabilidad y del sistema neoliberal: Nuevamente la mercantilización de la vida, en este caso la mercantilización de la Educación.

Los participantes manifestaron que en algunas instituciones clínicas de la ciudad ofertan cursos profilácticos a las madres como una preparación para afrontar el proceso del parto. Sin embargo esta educación que se oferta a las madres es cobrada por las instituciones y por lo tanto solo pueden acceder a él aquellas que tengan la posibilidad económica o que teniéndola deseen hacer la inversión.

“En esta institución existe un curso psico-profiláctico que prepara a las madres para su proceso de parto, pero al que no todas acceden por falta de recursos económicos. Es un curso que se cobra” E4EPCP37

De esta forma las madres se ven enfrentadas a situaciones coyunturales en el que no les es posible resolver sus dudas, temores e incertidumbres. Nuevamente el contexto y los conceptos del personal asistencial confluyen para que se posibilite o no el diálogo educativo. Hoy más que nunca hay necesidad de que se dé una auténtica revolución en la EpS de nuestra ciudad. Tal vez esa revolución este dada por la esperanza tal y como lo propone Freire: “Sin un mínimo de esperanza no podemos ni siquiera comenzar el embate, pero sin el embate la esperanza, como necesidad ontológica, se desordena, se tuerce y se convierte en desesperanza que a veces se alarga en trágica desesperación. De ahí que sea necesario educar en la esperanza” (159)

Finalmente, es importante recoger algunos elementos que se han trabajado en esta categoría interpretativa, los cuáles nos muestran de una manera muy clara como los modelos hegemónicos atraviesan todas las esferas de la vida de los seres humanos de una manera muy sutil, con un enmascaramiento de la realidad como dice Bourdieu que lleva a los seres humanos a formar ese habitus. (22) Esta última situación se evidencia en los significados que se siguen tejiendo a lo largo de las generaciones respecto a la salud y la EpS y como estos significados trascienden a las vidas de las personas con las que se hace la asistencia en salud o la formación académica.

Es primordial desmontar los hegemonismos de nuestras prácticas académicas y de la salud que estamos haciendo. Es urgente desligarnos de la visión biomédica centrada en la “Enfermología” (78) para construir sociedades cimentadas en el bienestar social y en la salud como un proceso histórico y dinámico. Es imperante cambiar la forma como se hace EpS para trascender a un diálogo educativo abierto, creador de múltiples posibilidades y orientado hacia la felicidad y los sueños humanos.



El milagro de la vida: el nacimiento*

PARTE III: EL FENÓMENO CENTRAL

“El bebé que acaba de nacer necesita pegarse a la piel de su madre, al olor de su madre, al pecho de su madre...necesidades que compartimos con muchas especies de mamíferos... necesidades que los humanos han aprendido a descuidar e ignorar, incluso a negar...Cuando los grupos humanos hayan encontrado su papel protector de la madre y de su bebé –en lugar de inmiscuirse en su relación – la humanización vendrá por si sola. La madre sabrá cómo usar la libertad de manos y brazos que nos proporciona nuestra especie... y descubrirá el arte de mecer. Sabrá acompañar su ritmo y su balanceo con sonidos melódicos, con palabras... y la auténtica lengua materna, la que enseñan las canciones de cuna, renacerá”

Michel Odent

* Imagen tomada de Internet: Trazo a lápiz y pastel

9.7 Categoría Interpretativa n° 6: Los significados y las experiencias previas que tiene el personal asistencial en torno al proceso de parto influyen en la humanización o deshumanización de dicho proceso.

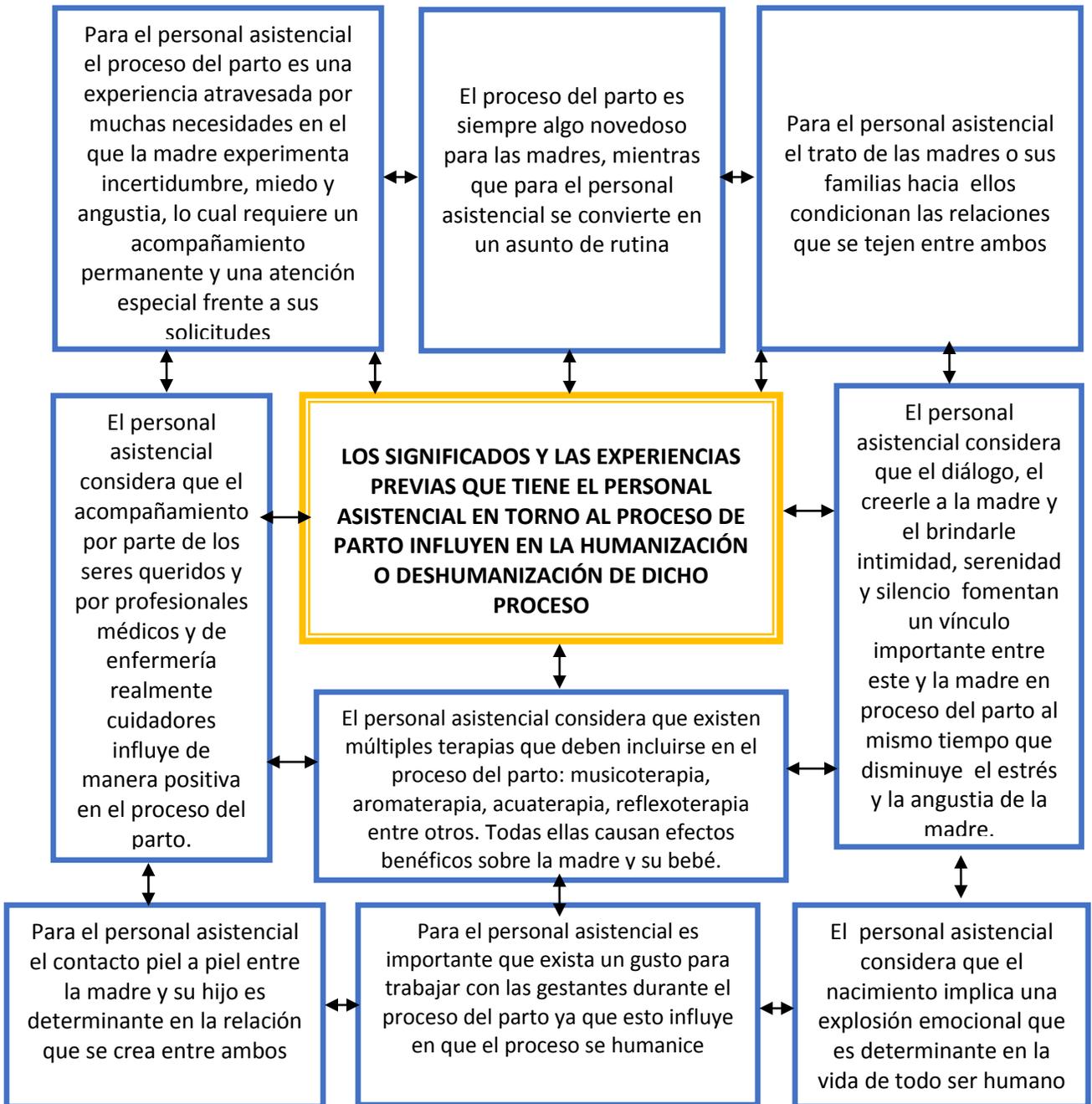


Figura 9: Subcategorías que explican la Categoría Central

Hasta esta parte del camino cada una de las categorías interpretativas se han ido entrelazando y confluyendo entre sí para llegar a la categoría interpretativa N° 6 que es nuestra categoría central y por supuesto la que más se ha enriquecido a lo largo de la investigación, muestra de ello las 9 subcategorías que la sustentan. Todas estas subcategorías están enriquecidas por las experiencias y significados del personal asistencial acerca de lo que es importante tener en cuenta durante el proceso del parto. Ellas también aportan algunos elementos sumamente valiosos para la humanización y acompañamiento durante ese periodo crítico y único de nuestra capacidad de amar: el nacimiento.

Para abrir este capítulo me gustaría citar a Odent quien hace una invitación en esta era planetaria y en especial al personal asistencial a ver el proceso del parto y del nacimiento como momentos sumamente valiosos en la historia vital de cada ser humano. Para Odent, - es allí - en ese corto periodo de tiempo antes del nacimiento y en las primeras horas pos-nacimiento en que los seres humanos desarrollamos nuestra capacidad de amar. (88) (149) De ahí que sea tan importante reflexionar sobre todos aquellos significados que el personal asistencial tiene en torno al proceso del parto, allí puede estar la clave de comenzar a gestar un mundo sin violencia: “En la cientificación del amor, hemos comenzado a comprender que la capacidad de amar se desarrolla en gran medida durante las experiencias precoces y que el periodo del nacimiento, en particular, es crítico”. (149)

Precisamente de ese periodo y de las experiencias y significados que se tejen en torno a él, es lo que se presentará a continuación. Es importante resaltar que, los significados y experiencias que día a día teje el personal asistencial y las relaciones que establece con las madres y su entorno de manera multidireccional influyen profundamente en la atención. Es decir, en que el proceso del parto este atravesado por la humanización o por la deshumanización en la asistencia. La abogacía está dada en un sin-número de testimonios por el humanizar, pero no se deja de reconocer que todavía hay mucho por hacer, pues muchas situaciones siguen siendo invisibilizadas y naturalizadas tal y como lo veremos en la última categoría interpretativa.

Por eso, hoy más que nunca es urgente que se comprenda la importancia de un proceso humanizado como determinante en la capacidad del amor, algo que puede ser un requisito indispensable para la supervivencia del mundo: “Sin embargo a principios del siglo XXI el desarrollo de la capacidad de amar y del respeto mutuo, así como también a la Madre Tierra, se está volviendo un prerrequisito para la supervivencia global” (88)

A continuación se desarrollan las 9 subcategorías que sustentan a la categoría interpretativa N° 6:

9.7.1 Para el personal asistencial el proceso del parto es una experiencia atravesada por muchas necesidades en el que la madre experimenta incertidumbre, miedo y angustia, lo cual requiere un acompañamiento permanente y una atención especial frente a sus solicitudes.

El primer significado que tiene el personal asistencial acerca del proceso del parto responde precisamente a las necesidades de la madre, necesidades que deben ser comprendidas y satisfechas en una sinergia de calidez, intimidad y respeto como base de una atención humanizada. Para el personal asistencial las madres en proceso del parto –aún las más experimentadas – llegan al servicio con una gran angustia, especialmente por el estado de su bebe, miedo básicamente frente al dolor e incertidumbre frente a todo el proceso que le espera. El personal asistencial manifiesta que es en este periodo donde la madre necesita un mayor acompañamiento, sin embargo reconoce que por las múltiples tareas asignadas no las puede acompañar todo el tiempo.

"Lo más difícil es que ellas en ese momento se sienten muy estresadas, muy angustiadas, entonces en ese momento son sin acompañante y sin que tengan un apoyo porque uno en todos los momentos no puede estar ahí, ese es el momento más triste con las maternas" E1AECR85

La soledad que experimenta la madre hace que aumente en ella la incertidumbre y la angustia. El personal asistencial es reconocedor de la necesidad de un acompañante que no necesariamente tiene que ser el personal de salud – una doula, su pareja, su madre - lo que humanizaría esos momentos y evitaría que la gestante tuviese que realizar un trabajo de parto sin una persona que le esté brindando apoyo.

"...entonces a ella le toca vivir todo ese proceso sola, el dolor, la angustia de no saber qué va a pasar en el proceso del parto, durante el parto y después, esa angustia y ese dolor y esos sentimientos encontrados a ellas les toca vivirlo sola" E14AECB13

La incertidumbre y la angustia aparecen frente a un nuevo proceso en la historia vital de la mujer, un proceso que por supuesto se puede haber vivido o se ha escuchado, pero que siempre supondrá una nueva experiencia. Merle habla de la incertidumbre como una experiencia que atraviesa al ser humano y no le deja avanzar positivamente en un proceso determinado. Concretamente la incertidumbre es definida por Merle como: "La incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con el proceso que se está afrontando"(162)

Para esta autora es supremamente importante el acompañamiento cuando la persona se enfrenta a un periodo de incertidumbre. Dicho acompañamiento influye de una manera gratificante y positiva en el afrontamiento del proceso por el que

está pasando el ser humano: “El apoyo que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos” (162)

Precisamente este acompañamiento no puede ser pasivo ya sea por parte del personal asistencial que está ayudando a la madre a comprender este proceso o por parte de cualquier otra persona que está haciendo un enlace entre el personal y la madre, el objetivo siempre será ayudar a la comprensión de todo lo que sucede en este nuevo proceso. Aún más, el personal asistencial refiere que muchas veces la sola presencia, una palabra de aliento o un estrechón de manos son suficientes para aliviar cualquier soledad, angustia e incertidumbre.

"...No soy su mamá, no soy su hermana, no soy su esposo, pero una voz de aliento en un momento de angustia para alguien, eso uno nunca termina uno de agradecerlo" E11AEC50

Este acompañamiento para algunos autores de la humanización como Bermejo requieren una mirada más humana, una mirada que enlace la compasión, la ternura, la cooperación espontánea, la intuición que se adelanta a cualquier requerimiento, el detalle personalizado, el servicio entre otros. (147)

Pasando a otro plano, se puede afirmar que las necesidades de la madre se transforman en solicitudes que constantemente le acompañan durante su proceso de parto. En efecto, estos requerimientos son sencillos y fáciles de satisfacer, además están alineadas a las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza para la atención del nacimiento. (14)

La primera necesidad que surge es la de estar acompañadas, es la solicitud que constantemente, de acuerdo a los testimonios de los participantes aparece en todo momento:

"Una de las solicitudes que más se nos presentan en nuestro ambiente laboral es el acompañamiento en la sala de parto, que si dejamos entrar al esposo, que si dejamos entrar a la mamá..." E5EPCRt96

Como ya se ha visto, debido a la infraestructura y otras condiciones institucionales, generalmente esto no es permitido. Sin embargo, resulta paradójico que en algunos casos concretos y en algunas instituciones de la ciudad es posible dejar entrar el acompañante cuando la madre ha ingresado a la institución con un servicio pre-pagado, particular o se ha comprado un paquete especial.

"A ver... pues las pacientes en la clínica solo tienen derecho a estar acompañadas durante el parto por el esposo o la persona que las pacientes elijan en tres condiciones, que la paciente tenga un plan complementario esa

paciente tiene derecho a estar acompañada durante el parto, que la paciente sea de medicina pre-pagada tiene derecho a estar acompañada durante el parto, que la paciente sea parto humanizado (que se compra) tiene derecho a estar acompañada durante el parto" E4EPCP131

Otra de las solicitudes de la madre es el poder comer algo durante el proceso del parto. De acuerdo con Odent que refiere que las necesidades energéticas de la madre disminuyen durante el proceso del parto, (149) y de lo que manifiestan los participantes, la solicitud de comer puede obedecer muchas veces a una forma de satisfacer la angustia o la ansiedad del momento.

"Otra solicitud especial que hacen las madres es la de poder comer o tomar algo" E1AECR97

Sin embargo, los participantes manifestaron que esta es otra de las solicitudes que casi siempre les son negadas a las madres. Esta negativa, obedece básicamente al riesgo de una hemorragia obstétrica, de una cesárea inminente entre otros donde deben recibir anestesia para la realización de procedimientos especiales. Poder comer es un asunto que cada vez más está en discusión y que está permitido de acuerdo a lineamientos internacionales y nacionales. (8) (14)

"No, no se les da de comer porque uno les explica que primero que todo están con anestesia, segundo en cirugía no se permite comida y fuera de eso uno no sabe que tengan código rojo y que necesiten anestesia general y que estén con el estómago lleno, entonces eso es un riesgo muy grande, entonces por eso, por lo general, se hidratan con suero, con agua y eso las mantiene bien" E2AECR66

Finalmente las dos solicitudes de las madres es poder estar cómodas, es decir en un ambiente agradable y tranquilo y no en una silla o algo parecido y que sus inquietudes que generalmente son acerca del proceso que les espera o que están llevando sean resueltas por parte del personal asistencial.

"Yo consideraría que por la misma importancia de ese momento, una materna debería tener un acompañamiento constante porque la materna todo el tiempo tiene preguntas, todo el tiempo tiene miedo, es que es un momento difícil" E3IQCP37

9.7.2 El proceso del parto es siempre algo novedoso para las madres, mientras que para el personal asistencial se convierte en un asunto de rutina.

La práctica asistencial puede transformarse en algunas ocasiones en una práctica rutinaria, una situación manifestada por muchos de los participantes y que termina

muchas veces en una des-personalización de la atención. Sin embargo, el personal asistencial es reconecedor de este error en el que hay que evitar caer y refieren que para la madre el proceso del parto siempre será algo totalmente nuevo.

"El proceso de parto es una situación nueva para ellas y para uno se vuelve eso como de rutina" E6GOCB65

Esta despersonalización de la atención lleva muchas veces a que el personal asistencial desatienda las necesidades de la madre, lo que fragmenta y desvirtúa la relación humanística que es posible tejer entre ambos.

"...las prácticas a veces se hacen sin importar lo que la paciente piense o sin importar la necesidad de la paciente, sino muchas veces es por facilidad del proceso o por la rutina y que se volvió algo que carece de sentido, porque es algo que se hace con todas, entonces con ella también, y no debería ser así..." E14AECB09

Es importante mencionar aquí que existe un asunto que deviene en gran medida de la formación del personal y está enmarcada en gran medida por el Modelo Biomédico hegemónico. Durante la atención del proceso del parto el personal asistencial se interesa prioritariamente por las necesidades biológicas de la madre, descuidando de esta manera las demás dimensiones de una mujer que se encuentra en un proceso vital y crítico de la vida, lo que degenera en una atención fría, rutinaria y poco humanizada.

"...Entonces se vuelve maquinaria, imagínese una línea de producción, estamos sacando niños, entonces claro se vuelve frío" E3IQCP67

Esto es un llamado fuerte a repensar en nuestros modelos de atención y en volver siempre sobre las necesidades de la madre, que indudablemente siempre superarán a las biológicas.

9.7.3 Para el personal asistencial el trato de las madres o sus familias hacia ellos condicionan las relaciones que se tejen entre ambos.

Uno de los condicionantes para una atención humanizada que emergió fuertemente a lo largo de esta investigación está relacionada con las relaciones que se tejen entre la gestante, sus acompañantes y el personal asistencial. Los participantes relataron que muchas veces durante la atención son víctimas de malos tratos por parte de la madre o de sus acompañantes, sin embargo reconocieron que esto se debe muchas veces al dolor o a la angustia y que finalmente esto no trasciende a situaciones más graves.

“A veces las maternas nos maltratan verbalmente en los momentos de dolor, pero esto se debe entender por la experiencia por la que ellas están pasando en ese momento” E2AECR75

Relacionado con esto, los participantes manifestaron que es clave que el personal asistencial no preste mucha atención a dichas situaciones de maltrato, sin embargo son reconocedores que esto afecta en algunos momentos el trato o la atención que posteriormente les brindaran a las madres en su proceso de parto.

"Pues definitivamente cuando uno recibe maltrato, pues cuando uno recibe un no buen trato por parte de los familiares, de la paciente eso afecta mucho, o sea eso afecta mucho porque le daña a uno el genio" E4EPCP126

Cabría entonces aquí preguntarse qué sucedería si el profesional, en lugar de “conectarse con el maltrato del otro”, le explicara a la madre y/o familia el proceso por el que están pasando y porque esté se puede experimentar como un momento difícil de gran estrés y angustia. En el fondo y de acuerdo con algunos testimonios de los participantes lo que se evidencia es una gran dificultad para una comunicación asertiva y humanizada entre los actores del proceso del parto que se hace visible en el maltrato de parte y parte.

9.7.4 El personal asistencial considera que el acompañamiento por parte de los seres queridos y por profesionales médicos y de enfermería realmente cuidadores influye de manera positiva en el proceso del parto.

El acompañamiento es una de las grandes necesidades de la madre durante su proceso de parto, especialmente si dicho acompañamiento está dado por sus seres queridos y por un personal asistencial comprometido con el cuidado. También se ha manifestado que en la actualidad, el acompañamiento está limitado por condiciones estructurales u organizacionales de las instituciones de salud de la ciudad. Sin embargo, la mayoría de los participantes de este estudio manifestaron como el acompañamiento influye de una manera positiva en el proceso del parto, de hecho, muchos de ellos, refirieron estar de acuerdo con el acompañamiento y que este debería estar siempre presente en todo proceso que se denomine humanizado.

"...pero yo pienso, o por lo menos en particular a mí no me choca la idea de tener un acompañante, obviamente porque muchas veces ayudan mucho más, esa compañía influye positivamente en el proceso del parto” E6GOCB74

Continuando con esta misma línea del acompañamiento se encuentra un asunto relacionado y es la compañía que realiza el personal asistencial. En las reflexiones que suscitaron las preguntas que se hicieron a los participantes, uno de los elementos valiosos que se encontraban en común y con el que todos

estaban de acuerdo es la necesidad de un acompañamiento más fuerte por parte del personal asistencial a la madre en su proceso de parto. Para el personal asistencial es importante que en este período crítico del trabajo de parto, el parto y el pos-parto inmediato exista un acompañamiento por el personal médico y por el personal de enfermería, entre otros que estén realmente comprometidos con la atención y el cuidado del proceso y que dispongan del tiempo suficiente para atender las necesidades de la madre, lo que deviene en bienestar y seguridad tanto para ella como para su bebé.

"...Eso sería maravilloso, sería maravilloso que un especialista este ahí, porque un trabajo de parto es algo muy incierto, mientras una mamá puede llegar bien, en cualquier momento se puede complicar de la manera más sencilla"
E14AECB28

9.7.5 Para el personal asistencial es importante que exista un gusto para trabajar con las gestantes durante el proceso del parto ya que esto influye en que el proceso se humanice.

A lo largo de esta investigación los participantes fueron reiterativos en que el trabajo con las madres es un trabajo especialmente delicado y de mucha paciencia, puesto que no solo se está atendiendo a la mujer sino también a su hijo que viene en camino, además siempre hay unos seres queridos que están expectantes y ansiosos por la llegada del nuevo bebe.

Todo esto hace que el personal asistencial que trabaje con maternas debe tener un gusto especial por este servicio y por esa asistencia cálida y humanizada del proceso de parto. Para el personal asistencial es clave esta vocación, pues de ello depende una atención humanizada o por el contrario vacía de sentido y por ende deshumanizada.

"Definitivamente debe existir un gusto para trabajar con las gestantes durante su proceso de parto para que se establezcan relaciones adecuadas que desencadenen en un parto respetado y feliz" E3IQCP91

Qué bueno sería que el personal asistencial reflexionara constantemente sobre su vocación y como poner un sinnúmero de elementos positivos que trae el gusto por el trabajo al servicio de las gestantes, probablemente esto lograría muchas transformaciones en la atención y llevaría a que las relaciones que se tejen entre el personal de salud y la madre estén siempre atravesadas por el amor, el respeto, el servicio, la alegría y la solidaridad.

9.7.6 El personal asistencial considera que el nacimiento implica una explosión emocional que es determinante en la vida de todo ser humano.

Lo primero que aparece en esta subcategoría es la connotación que actualmente se le está dando al nacimiento. En la era del plástico (149) y del origen de la clínica (163) nacer se ha transformado cada vez más en un tabú, es decir se ha dejado relegada la perspectiva fisiológica y natural de este momento maravilloso para darle paso una perspectiva patológica y supremamente invasiva.

"...Lo que pasa es que en la actualidad hemos puesto un tabú al nacimiento y le hemos puesto una máscara a un evento netamente natural." E3IQCP40

Para Odent, la forma de nacer debería volver a sus raíces, es decir ver este evento como un proceso natural en la vida de toda mujer y que requiere la menor intervención posible. (88) Sin embargo, en la era del plástico y la instrumentación (149) del parto nos hemos olvidado de que el nacimiento implica una explosión emocional en la vida de cualquier ser humano. (88)

"...porque yo estoy fielmente convencida de que cuando uno llega a este mundo uno tiene un choque fisiológico que es esa adaptación neonatal y un choque emocional que eso le parte a uno la vida en dos, cierto, a esa mamá y a ese recién nacido que acaba de llegar a este mundo" E5EPCRt112

Sin embargo, este momento crítico sigue siendo atravesado profundamente por el paradigma biomédico en el que la invasión y la instrumentación – ese manejo y control del parto – como se ha denominado está profundamente arraigado en nuestras instituciones hospitalarias. Para Odent, la inducción e instrumentalización del parto es un tema que está invisibilizado y casi nunca es objeto de reflexión: "Esta práctica generalizada para la inducción del parto está relacionada con un enfoque dominante de rutina... Este aspecto de la industrialización del nacimiento en muy raras ocasiones, si es que las hay, llega a ser un tema de discusión." (149)

Se hace necesario entonces comprender lo importante de esta explosión emocional y lo crítico que es el nacimiento. Esta explosión hormonal está dada por una fuerte liberación hormonal durante ese período crítico del parir y de las primeras horas del nacimiento. (88)

El efecto de esta liberación hormonal es que él bebe está alerta en el momento del nacimiento, con los ojos bien abiertos y pupilas dilatadas. Las madres humanas están fascinadas y encantadas con la mirada fija de sus bebés recién nacidos. Es como si el bebé estuviera dando una señal, y parece que este contacto ojo a ojo es una característica importante en la relación bebé – mamá entre los humanos. (88)

Al final esta liberación hormonal es determinante en la vida futura del bebe y en las primeras relaciones madre e hijo. (90) Por lo tanto, esto es un llamado fuerte a reflexionar sobre la enorme responsabilidad que el personal asistencial tiene entre sus manos y la gran tarea que se le encomienda para el futuro de la humanidad.

“Está claro que todas las hormonas liberadas por la madre y el bebé durante el trabajo de parto y el parto, no son eliminadas inmediatamente y que tienen un papel específico en las futuras interacciones entre madre y bebé.” (88)

9.7.7 Para el personal asistencial el contacto piel a piel entre la madre y su hijo es determinante en la relación que se crea entre ambos.

Otro de los elementos importantes que apareció en este estudio fue la importancia del contacto entre la madre y el recién nacido. Dicho contacto, que está indicado en la Guía de Atención del Parto de Colombia denominado “contacto piel a piel” debe hacerse mínimo por una hora de acuerdo con la siguiente recomendación: “Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que este haya finalizado su primera lactada. Durante este periodo se recomienda una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible con la relación entre la madre y el recién nacido” (164)

Sin embargo, y a pesar de su aparente inclusión en las instituciones de la ciudad, la mayoría de los participantes de este estudio son enfáticos en mencionar que dicho contacto – cuando se da – se realiza solo por unos pocos minutos, pues es prioritario de acuerdo con los protocolos institucionales que el bebé sea revisado por el pediatra y que la sala de partos sea desocupada lo más rápido posible inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.

"Cuando él bebe nace nosotros tenemos en nuestra institución algo que se llama contacto piel a piel, que es que hay una vinculación entre la madre y él bebe que nace antes de desvincularlo del cordón. Se le coloca al pecho de la mama por unos minutos para que ella haga un contacto piel a piel"
E1AECR107

De acuerdo con Odent, es sumamente importante que no se perturbe este primer contacto, (91) pues como ya se ha mencionado es el momento de la explosión hormonal, de ese encuentro emocional entre la madre y el recién nacido, es por lo tanto un momento privilegiado en la explosión del amor. Sin embargo, lo encontrado en esta investigación concuerda con algunas investigaciones realizadas por Odent, donde este momento siempre es de alguna manera perturbado o interrumpido.

El ambiente que no perturba el parto es también el que no perturba el primer contacto entre la madre y el bebé. Muchas veces, si la madre se siente libre lo primero que hace es tocar al bebé con la punta de los dedos. Luego, cada vez más confiada, se atreve a cogerlo en brazos. Es el momento del primer contacto piel con piel y del primer cruce de miradas. Los ojos del bebé atraen poderosamente a los de la madre, y los de la madre al bebé... Parece ser que el cruce de miradas es un momento

privilegiado en la relación madre-bebé; pero siempre hay alguien que lo perturba sea de forma evidente o de forma sutil.(91)

Queda entonces la pregunta: ¿Qué pasaría con la capacidad de amar si no se siguiera interrumpiendo ese primer momento entre la madre y su bebé? ¿Qué consecuencias trae a largo plazo la interrupción del primer momento vital, es decir de ese encuentro entre la madre y su hijo? Probablemente, aún no se tengan estas respuestas, pero lo que si se tiene es un llamado urgente a proteger este momento, a defender el contacto piel con piel, a preservar el primer encuentro entre la madre y su bebé. Para el personal asistencial este primer contacto sigue siendo un momento clave en una propuesta de Parto Humanizado, algo que de acuerdo con sus comentarios debería introducirse en todos los Hospitales y Clínicas de la ciudad.

9.7.8 El personal asistencial considera que el diálogo, el creerle a la madre y el brindarle intimidad, serenidad y silencio fomentan un vínculo importante entre esta y la madre en proceso del parto al mismo tiempo que disminuye el estrés y la angustia de la madre.

Otro elemento importante que emergió en esta parte de la investigación es acerca de esa relación y vínculo que se da entre el personal asistencial y la madre. El primer paso para fomentar ese vínculo de acuerdo con los relatos de los participantes es la comunicación con la madre, una comunicación que debe estar atravesada por el diálogo y la escucha. Para ellos la mamá tiene más necesidad de sentirse escuchada que incluso de respuestas, el ser escuchada la hace sentir acompañada y tenida en cuenta como protagonista del proceso.

“En algunas ocasiones lo que la madre necesita es poderle contar al personal asistencial sus angustias, el ser escuchadas las puede aliviar” E16AEHGM30

En la experiencia de cuidado a la madre, la escucha es sumamente importante, una escucha que es activa, puesto que está conectada con la madre y su entorno y que es al mismo tiempo esperanzadora. La escucha disminuye la carga emocional y libera a la madre de sus angustias. Para Colombero la escucha siempre permitirá reducir el nivel de angustia del ser humano: “Dar al ser humano la posibilidad de hablar libremente, es permitirle reducir el nivel de angustia que poco a poco se ve levantado ante las dificultades de la vida” (165)

De igual manera no solo es importante la escucha, también hay que creer, creerle a la madre fomenta un vínculo de confianza muy fuerte entre el personal asistencial y la gestante; lo que de acuerdo a los testimonios y relatos de los participantes es supremamente positivo para el proceso de atención del parto. Los participantes manifestaron que cuando se le cree a la madre y no se le juzga, el proceso se hace más sencillo y el parto fluye de una manera supremamente fácil,

aunque reconocieron que esto no es fácil en un sistema hegemónico que se quiere dominar y apropiarse del cuerpo del otro tal y como lo evidencia Schwarz en su investigación. (11)

“Para que el proceso de parto se desarrolle exitosamente el personal asistencial debe creerle a la madre... ¿Qué otra cosas pienso? no juzgar, no podemos juzgar a la paciente, no la podemos juzgar, que huele maluco, que tan gorda, que tantos muchachitos, que mírala que tan niña, no, no podemos juzgar” E4EPCP147-48

En nuestra época actual el proceso del parto está casi que 100% institucionalizado. (149) No es extraño que se haya institucionalizado cada vez más, puesto que de acuerdo con Foucault después del nacimiento de la clínica y las nuevas prácticas médicas hubo necesidad de encerrar “al enfermo” en un espacio colectivo y homogéneo. (163) y la maternidad fue tomando poco a poco hasta nuestros días ese concepto de patológica. (149) “Para que la experiencia Clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una nueva definición del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo.” (163)

La institucionalización ha traído consigo ambientes ruidosos, llenos de luces y fríos para venir al mundo, un choque térmico bastante fuerte para el recién nacido.(149) En las salas de parto de la ciudad de Medellín también se hace evidente este ambiente lleno de luces y frío para la llegada del nuevo bebé.

“... Para la llegada del bebé: la sala de partos está llena de luces y es un ambiente frío porque tenemos aire acondicionado” E5EPCRt78

Este ambiente no solo está lleno de luces y es poco cálido sino que también es altamente ruidoso lo que no permite que se libere la oxitocina: hormona del amor por excelencia y protagonista en las contracciones involuntarias uterinas, puesto que es una hormona tímida, así como otras sustancias endógenas que se requieren para el manejo del dolor y la producción de leche materna. (88) Sin embargo de acuerdo a los relatos del personal asistencial es posible mejorar este entorno, brindando serenidad a la madre, disminuyendo el volumen de los monitores y cerrando las puertas o cortinas de los cubículos o habitaciones donde se haya la madre, además brindarle confianza a partir de una empatía que poco a poco se va tornando recíproca.

“Brindar serenidad y confianza ayuda a disminuir el estrés y la ansiedad en las gestantes durante su proceso de parto” E6GOCB72

Como el anterior testimonio hay muchos otros donde los participantes abogan por la serenidad, la intimidad, el silencio y la confianza en ese proceso que en efecto no es sencillo para quienes lo vivencian, especialmente para la mujer. Odent es insistente en esta necesidad de silencio, oscuridad e intimidad para que se dé un fácil y exitoso proceso de parto. En muchos estudios ha encontrado la similitud en el parto humano con el parto de los mamíferos no humanos, los cuales siempre buscan intimidad y silencio para parir, aunque la historia le haya negado cada vez más a la mujer esta posibilidad: "En el transcurso de la historia de la humanidad, a la mujer se le ha negado cada vez más la necesidad de intimidad. Una etapa de esta historia es aquella en que las mujeres mismas se han ocupado de los nacimientos... Hay que volver al punto de partida y recordar que por encima de todo, somos mamíferos." (91)

9.7.9 El personal asistencial considera que existen múltiples terapias que deben incluirse en el proceso del parto: musicoterapia, aromaterapia, acuaterapia, reflexoterapia entre otros. Todas ellas causan efectos benéficos sobre la madre y su bebé.

Finalmente, esta subcategoría cierra con un elemento muy valioso para la humanización del parto como son las múltiples terapias alternativas que desde los significados y experiencias del personal asistencial se han propuesto para el manejo del dolor y para un parto humanizado. Algunos de los participantes de este estudio manifestaron haber vivido en algún momento una atención de parto que incluía "técnicas no convencionales" para el manejo del dolor en la madre:

"Y el dolor para parto humanizado lo manejan de manera diferente, lo manejan con aromaterapia, con aceite, bueno aromaterapia de diferentes maneras, velas, aceites, con muchas otras cosas" E4EPCP99

Estas estrategias son catalogadas por Odent como estrategias futuristas, puesto que aún no se han logrado implementar en la clínica moderna. (149) En efecto, en las instituciones de la ciudad aún no se incluyen estas terapias, aunque el personal asistencial es reconocedor de su importancia y de los efectos benéficos que tienen sobre la madre y su bebe.

"A nivel clínica... no permitimos ingresar ningún objeto como balón, como aromas, como grabadora para musicoterapia, ¡no! esa es la práctica clínica que tenemos actualmente" E5EPCRt73:

Estas terapias son para algunos especialistas en Parto Humanizado, entre ellos Odent sumamente valiosas en el control del dolor y la ansiedad de la madre. (89) Para ellos, estas ayudas hacen que el parto sea mucho más fácil y que la asistencia farmacológica se vea reducida: "En el amanecer de una nueva fase en la historia del parto, podemos anticipar que, si un número más pequeño de

recomendaciones fueran tomadas en cuenta como el uso de inmersiones en agua podrían competir de manera seria con el uso de drogas, particularmente la oxitocina sintética o la anestesia peridural” (149)

Tal vez esta sea la verdadera lucha que hay que dar en la época actual, es decir un compromiso con la salud de la gestante, la cual no puede continuar puesta al servicio del mercado y más concretamente de la industria farmacéutica, la cual pretende medicalizar la vida a toda costa sin importar las consecuencias y los daños nefastos que le está causando al ser humano y el peligro en el que pone a las futuras generaciones, algo sobre lo que los salubristas deben reflexionar continuamente y demandar si es necesario.

Sin desatender el beneficioso papel desempeñado por la investigación y desarrollo impulsados por las industrias médico-farmacéuticas, que ha dado lugar a múltiples tratamientos efectivos que mejoran la vida de las personas, es necesario reflexionar sobre su papel en la medicalización innecesaria de la vida... La consecuencia de esta aceptación acrítica de todas las ofertas de la medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud y muriendo más enferma. (27)

Para cerrar esta categoría interpretativa ampliamente enriquecida con los significados del personal asistencial se puede afirmar que para lograr una atención humanizada del parto hay muchas cosas que se pueden hacer y que están al alcance de los profesionales y técnicos de la salud. En ese sentido son muchos los restos que se plantean diariamente, el principal dejar a un lado las preconcepciones frente a lo que siempre se ha hecho e intentar implementar un sinnúmero de acciones que benefician a la madre y a su entorno. Es sumamente importante generar confianza, comunicación asertiva, estar atento a las necesidades y sentimientos de la madre y brindar los cuidados que las guías para la atención del parto nos sugieren. Es el momento de lograr ese cambio y volver a ver el nacimiento como una de las experiencias fisiológicas y naturales más gratificantes en la historia de cualquier ser humano.



El pos-parto: nuestra capacidad de amar*

PARTE IV: LAS CONSECUENCIAS

“Si el respetado filósofo – el hombre sabio de la comunidad – estuviera aún vivo, podría asegurar que ahora, en la Tierra de la Utopía, la mayoría de las mujeres dan a luz a sus bebés y alumbran sus placentas gracias a la liberación de un cóctel de hormonas del amor...”

Michel Odent

* Imagen tomada de Internet: Pintura

9.8 Categoría Interpretativa N° 7: durante el proceso de parto el personal asistencial realiza algunas prácticas obstétricas que deshumanizan y vulneran los derechos de las madres.

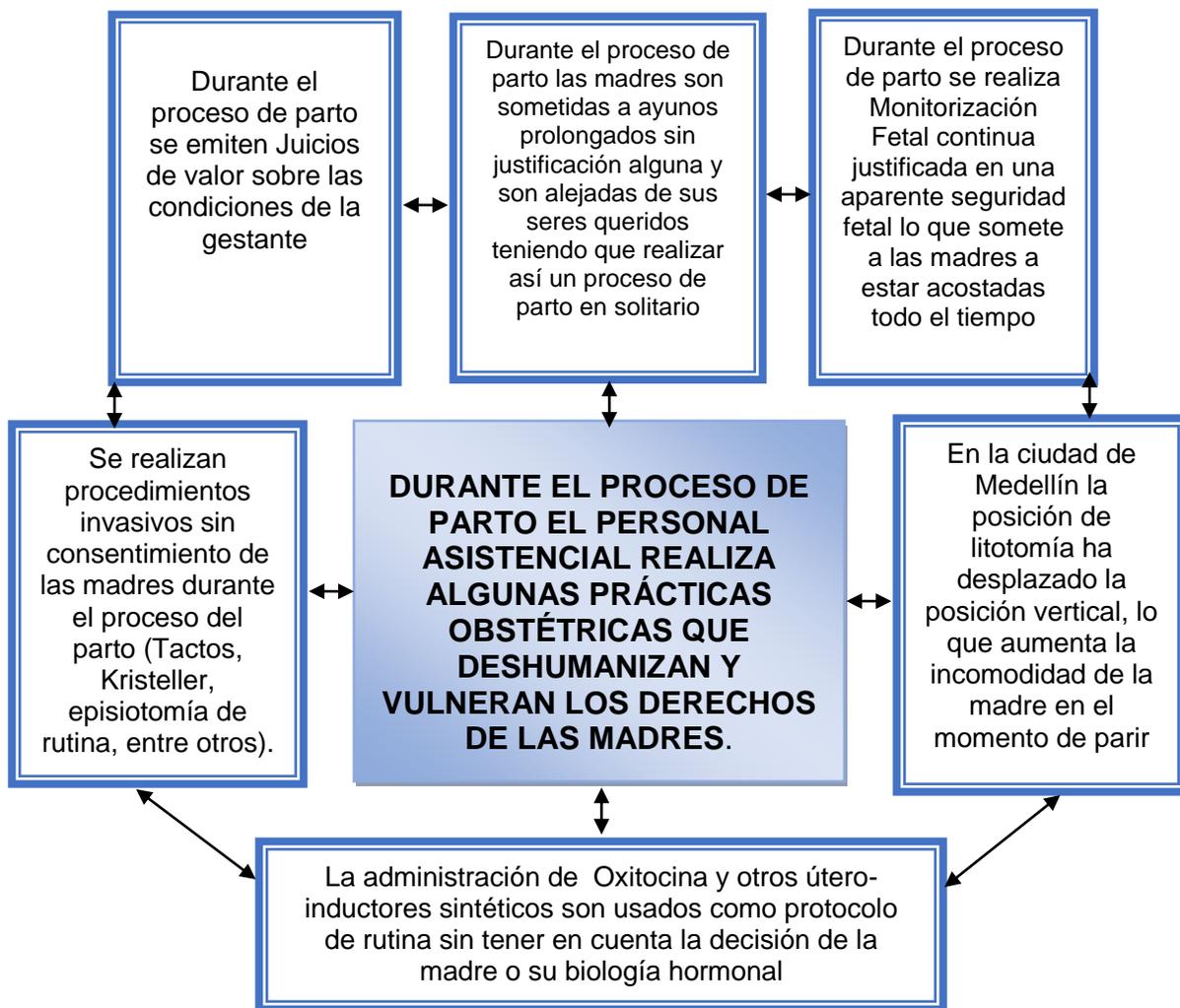


Figura 10: Subcategorías que explican la Categoría Interpretativa 7

Finalmente se presenta la última categoría interpretativa, la cual, dentro de nuestra Matriz Paradigmática está ubicada como una categoría – consecuencia. A lo largo de esta presentación de resultados y discusión hemos evidenciado como el contexto (macro y micro), el desconocimiento de los DSSR, la formación recibida por el personal asistencial y algunos conceptos sobre salud y EpS llevan al personal asistencial a concebir significados y experiencias respecto a la atención de la madre durante su proceso de parto las cuales pueden llegar a influir para que se dé una atención humanizada o deshumanizada del proceso.

En medio de la complejidad surgen algunas prácticas obstétricas que el personal realiza en su práctica diaria y que deshumanizan la atención del proceso del parto. Sin embargo, es importante aclarar que dichas prácticas no obedecen únicamente a una decisión del profesional o técnico en salud. En efecto, muchas de ellas son también resultado del contexto en salud, de la formación recibida, del desconocimiento, de las directrices organizacionales y por supuesto del modelo Biomédico Hegemónico imperante en nuestra sociedad. Por lo tanto, intentar adjudicar estas prácticas a una sola causa sería una mirada reduccionista, cuando ya hemos visto todo un complejo que influye en que estas se realicen. Sin embargo, el personal asistencial es reconocedor de que algunas de ellas si están en sus manos y depende exclusivamente de su decisión como por ejemplo los juicios de valor que en muchas situaciones se emiten sobre las condiciones de las madres, situaciones por las que se debería comenzar el cambio para una atención humanizada del parto.

Esta atención humanizada del parto nos puede llevar a la tierra de Utopía como dice Odent, una tierra donde es posible parir con facilidad y la mortalidad materno-perinatal se ha reducido a su mínima expresión. (149) Esta es la tierra a la que aspiran todas las madres y bebés presentes y futuros de la nueva era planetaria, puesto que probablemente, es aquí con la llegada de un ser humano con una consciencia diferente, con una explosión del amor y con una visión ecológica del mundo, donde se encuentra una de las claves para la supervivencia del ser humano: “Sean cuáles fueran las dificultades y los obstáculos, la cientificación del amor, ofrece actualmente razones para tener esperanza. El conocimiento científico puede conducir a la toma de consciencia necesaria. La llegada del “Homo Ecologicus” no es utopía. La Humanidad dispone de las llaves necesarias para inventar nuevas estrategias de supervivencia” (88)

A continuación se expondrán las 6 subcategorías que constituyen la última categoría interpretativa:

9.8.1 Durante el proceso de parto se emiten juicios de valor sobre las condiciones de la gestante.

La primera subcategoría que aparece aquí es una práctica rutinaria que está dada más desde las relaciones que se entablan con la gestante durante su trabajo de parto. El personal asistencial reconoce que durante la atención a las madres en el día a día en muchas ocasiones se emiten juicios de valor sobre alguna condición que ella presente. Los juicios de valor están dados especialmente sobre su edad, sobre el número de hijos que ha tenido, sobre su escolaridad, sobre su apariencia física, sobre sus condiciones higiénicas, sobre sus actitudes o solicitudes entre otros.

"Muchas veces, el personal que juzga todo el tiempo, todo el tiempo con comentarios: "Si señorita es que eso le va a doler", "Sí es que eso duele mucho, claro, no grite, no grite es que usted no puede gritar". "Claro, es que tantos hijos y todavía le duele, ocho hijos, si usted ya sabe cómo le va ir entonces ¡pa' que! como dicen por ahí, sí saben cómo soy entonces para que me invitan" "Entonces si saben cómo es, para qué va a volver a quedar en embarazo" Eso es problema de la paciente, uno no sabe qué pasa por esa cabeza, uno no sabe qué es lo que pasa en cada mundo ¿cierto? O también: "mira doce añitos y ¿ya?, hay no hija es que usted es muy precoz. ¡eavemaría!" o sea cosas como esas, pero bueno uno de todo se encuentra" E4EPCP151-52-53

De acuerdo con los testimonios, estos juicios de valor no solo fragmentan las relaciones entre el personal asistencial y la gestante, sino que influyen negativamente en el proceso que ella está llevando, puesto que puede aumentar en ella la angustia, la ansiedad y la incertidumbre.

"...Entonces no juzgar, escuchar a la paciente, respetar sus decisiones, respetar sus creencias y correrle a una paciente, o sea correr y estar con los cinco sentidos siempre porque estamos es con personas" E4EPCP148

Para Bermejo, es sumamente importante no etiquetar los comportamientos o condiciones de las personas, (147) esto llevará por supuesto a una práctica totalmente humanizadora y a entablar relaciones de reciprocidad y empatía con la gestante: "Se trata, sencillamente de la liberación de la arraigada tendencia a etiquetar o moralizar sobre las personas y los comportamientos" (147)

Es importante retomar aquí el concepto de Violencia de género, concretamente violencia contra la mujer, la cual no se da únicamente desde la acción física, sino que también se puede dar desde otros ámbitos como el lenguaje y dentro de este la palabra, la cual puede contener en sí misma un alto grado de violencia produciendo efectos psicológicos sobre la vida de la mujer (40) De acuerdo con Bourdieu en estas situaciones se puede inferir el concepto de control simbólico (102) donde la comunicación es el instrumento que usa el dominante – el personal asistencial en este caso – sobre el dominado – la mujer y su cuerpo – legitimando la autoridad del primero y naturalizando "la indefensión, la ignorancia y hasta el error" de la segunda.

Retomando a Arendt donde la felicidad se da en la libertad de los seres humanos y en la ayuda mutua. Cuando se coarta la libertad y se ejerce la dominación aparece la violencia. (103) Es fundamental entonces reconocer que la mujer puede decidir libremente sobre su cuerpo, sobre el número de hijos que desee tener y sobre cómo quiere vivir ese momento sublime del proceso del parto que le acerca al encuentro cara a cara entre ella y su hijo. De acuerdo a los testimonios de los participantes, esta libertad es muchas veces puesta en tela de juicio a partir

de comentarios descalificadores de las decisiones de la gestante o de su mismo comportamiento.

9.8.2 Durante el proceso de parto las madres son sometidas a ayunos prolongados sin justificación alguna y son alejadas de sus seres queridos teniendo que realizar así un proceso de parto en solitario.

Otra de las prácticas obstétricas injustificadas es el sometimiento de las madres a no comer durante su proceso de parto. De acuerdo con los relatos de los participantes después del ingreso al trabajo de parto, a las madres no les es permitido comer ni tomar nada. Está práctica de ayunar durante el proceso de parto es muy común en las instituciones de salud de la ciudad y obedece básicamente a protocolos institucionales y al temor que existe frente al riesgo obstétrico de una posible emergencia que requiera una inducción anestésica en la paciente.

“No, no se le permite comer por protocolo y por el ayuno que debe tener la gestante en caso de que requiera una cesárea de urgencia” E1AECR82

Sin embargo como ya se ha referido esto es una práctica injustificada y no alineada a las orientaciones nacionales e internacionales para la atención del parto. (164) (14) El personal asistencial es cada vez más consciente de que la madre generalmente no necesita cantidades exorbitantes de comida, pero que el ayuno tampoco es favorecedor del proceso de parto. En efecto, el siguiente relato muestra como siempre hay algo por hacer:

“...A veces las maternas como lo habitual, a veces tienen sed, una señora me decía que si podía probar algo dulce que quería algo dulce... Es difícil, porque las clínicas establecen unos protocolos y entonces uno no puede actuar de manera anárquica, entonces sí mamá, le traje una chocolatina, pero trato de mediar desde el diálogo” E3IQCP83

Otro de los elementos que emergió dentro de las prácticas obstétricas de rutina es la reclusión y alejamiento de las madres de sus seres queridos durante el trabajo de parto, el parto y el posparto-inmediato. Dicha reclusión obedece especialmente a temas de infraestructura, protocolos institucionales o en algunos casos a la decisión del personal asistencial.

“...Eh... bueno, los ayunos, que se tiene que quedar solitas, sin acompañantes, a veces el personal no le da para cuidar a unas dos, tres, cuatro maternas, entonces son solitas, ayunando, ellas con ganas de estar con su acompañante, con tristeza, con dolor, todas viene aquí con problemas” E16AEHGM08

A lo largo de este estudio existen testimonios como este en que el personal asistencial es reconecedor de que el acompañamiento es un asunto que se debe replantear. Todavía no se dice la última palabra respecto al acompañamiento, sin embargo, de acuerdo a los testimonios y a lo que se ha relatado anteriormente parece que influye de manera positiva en el proceso de parto.

El que una la mujer este recluida y alejada de sus seres queridos hace reminiscencia ineluctable al uso del biopoder expresado por Foucault (82), en el que el cuerpo de la mujer es controlado por la institucionalidad y por quienes la representan. Su cuerpo – concebido como máquina – deja de estar al lado de quienes le protegen para ser entregado a quienes pueden controlar y decidir incluso por encima de su voluntad. Aquí nuevamente la mujer es invisibilizada histórica y socialmente y negada la posibilidad de ser sujeto. (97) Situaciones como está hegemonizan aún más las inequidades sociales y de género.

9.8.3 Durante el proceso de parto se realiza Monitorización Fetal continua justificada en una aparente seguridad fetal lo que somete a las madres a estar acostadas todo el tiempo.

De acuerdo con Odent, la mejor posición para una gestante en trabajo de parto es la que ella adopte. (91) Generalmente, de acuerdo a los lineamientos para la atención del parto y a lo que relata el personal asistencial en este estudio las madres pocas veces quieren estar acostadas. Sin embargo, muchos procedimientos como la monitorización fetal electrónica de rutina o la analgesia epidural confina a la madre a estar acostada todo el tiempo, lo que puede prolongar el proceso y por supuesto lo hace más incómodo.

“Porque ellas dicen que se sienten incómodas todo el tiempo conectadas al monitor fetal, porque no las dejan parar al baño, que no las deja hacer ejercicio, que no las deja hacer cuclillas, entonces todo el tiempo haciendo su trabajo de parto en una cama para muchas no es tan bueno” E4EPCP79

Esta monitorización fetal electrónica de acuerdo a los testimonios de los participantes obedece más a la seguridad del personal asistencial que no cuenta con el tiempo suficiente para estar monitorizando cada hora a la madre, que a la misma seguridad de la gestante y su bebé, por lo tanto se transforma en una práctica obstétrica injustificada para el bienestar materno-fetal.

“La razón por la que se conecta continuamente a un monitor a la madre en trabajo de parto es podernos sentir tranquilos frente al proceso que ella está llevando” E4EPCP80

9.8.4 Se realizan procedimientos invasivos sin consentimiento de las madres durante el proceso del parto (Tactos, Kristeller, episiotomía de rutina, entre otros).

Un elemento valioso y que surge al mismo tiempo como una denuncia desde el personal asistencial es que muchas veces se realizan procedimientos invasivos a las gestantes en proceso de parto sin consentimiento. Dichos procedimientos invasivos son siempre orientados desde la práctica médica para diagnosticar o para ayudar a avanzar en el proceso, sin embargo muchos de estos procedimientos se realizan sin el consentimiento de la madre.

"...pero hacemos prácticas como episiotomías, a veces con o sin consentimiento, a veces tenemos unas expresiones de especialistas como: voy hacer una cosita para ayudarte, y esa cosita es un Kristeller o esa cosita es una episiotomía" E5EPCRt80

Para el personal asistencial estos procedimientos son denominados "ayuditas", sin embargo no se da una explicación previa a la madre en qué consisten y mucho menos se les pide su consentimiento.

"Yo sé que en el día a día de mis actividades hay veces tenemos atropellos para ellas y no pedimos consentimientos verbales ni escritos y empezamos la serie de prácticas" E5EPCRt64:

Cuando se realizan estas prácticas sin el consentimiento de la madre no solo se está transgrediendo uno de sus derechos "El de estar informada todo el tiempo", (148) sino que se está cosificando y se le está robando todo su protagonismo, es decir, el de decidir sobre su cuerpo y sobre el bienestar de su hijo. Hoy en día, se hace un llamado fuerte al personal de salud a dar ese protagonismo que requiere el paciente y a contar con su participación en todo momento: "Favorecer el protagonismo del ayudado consiste en personalizar, es decir, en concretar, especificar, evitar la generalización, tanto en las intervenciones del ayudante como del ayudado" (147)

Hoy más que nunca es prioritario quitar esas etiquetas de "ayuditas" para dar el paso a una personalización en la atención. En esta era globalizada el personal en salud no debe permitirse "la cosificación o patologización de la persona", (147) es decir, pensar que ella "no sabe" y que por ende no va a comprender los procedimientos que se requieran hacer en un determinado momento.

Hoy más que nunca es necesario evitar múltiples procedimientos invasivos que nos demuestran que lo único que hacen es interrumpir el proceso fisiológico y favorecedor del parto y causar mayores complicaciones a la hora de nacer: "La experiencia de partos no guiados, en un ambiente de completa intimidación, en penumbra, con total libertad para que la madre haga ruido y ponerse en cualquier

posición, nos obliga también a adoptar una nueva visión del proceso del parto” (91)

Para cerrar esta subcategoría es importante analizar el concepto de género que nos propone Joan Scott (97) El género no es solo una categoría histórica útil, sino una categoría crítica que lleva a pensar en torno a “las continuidades y discontinuidades, y las desigualdades persistentes, así, como experiencias sociales radicalmente diferentes de los seres humanos” (97) En especial cuando la mujer ha estado ligada a un status marginal con ese denominador común de subordinación que la limita al parir y a los hombres la fuerza y el espacio público. (97)

Aunque ya sabemos por Scott y otros pensadores que la categoría de género va más allá que una lectura simplista de los roles conferidos a los sexos o de la representación binaria tradicional de la oposición hombre/mujer (97) un ying-yang que no encuentra sentido en una categoría analítica tan amplia y que separa en una cosmovisión a los hombres y a las mujeres en el mundo de la vida como seres opuestos: fuerza- debilidad, dominación-sumisión, espacio de lo público –espacio de lo privado: “Por tanto, el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana” (97)

Scott trae a Foucault para refrendar esta marginación histórica a la que se ha visto sometida la mujer, en efecto el autor refiere que el poder se identifica con constelaciones dispersas de relaciones desiguales, constituidas discursivamente como “campos de fuerza” sociales. (82) El parto es entonces un campo de fuerza social en el que existe una relación desigual - de poder- que se ejerce muchas veces sobre el cuerpo de las mujeres. De ahí que su cuerpo sea cosificado e invadido por prácticas médicas hegemónicas sin ni siquiera un consentimiento por aquellas que se encuentran a punto de dar a luz un nuevo ser.

Así como la injusticia, la desigualdad y la inequidad, las prácticas biomédicas hegemónicas realizadas sobre el cuerpo de las mujeres han encontrado su espacio en el mundo de la vida a través de un discurso dominante del saber y del poder (96), que para este caso concreto es el discurso del saber obstétrico y del poder institucional de la clínica.

En cuanto a las dimensiones de las que habla Scott para comprender los estudios de género y su relación con el poder se encuentra que en el caso de esas “ayuditas” de las que habla el personal asistencial se relaciona directamente con dos dimensiones. Primero la dimensión normativa, (97) ya que muchos procedimientos son vistos por el saber obstétrico como parte de su cuerpo científico doctrinal y que es necesario utilizar – aún sin consentimiento – para evitar complicaciones de la mujer y su hijo. En segundo lugar la dimensión simbólica (97) en el que históricamente se ha tejido el imaginario de que el

personal de salud es quien tiene todo el conocimiento y por lo tanto dentro del escenario del proceso de parto la mujer debe aceptar todo tipo de “ayudas” que se le quieran brindar; aun cuando muchas de estas ayudas estén cuestionadas y no necesariamente contribuyan con el bienestar materno-fetal. (8)

9.8.5 En la ciudad de Medellín la posición de litotomía ha desplazado la posición vertical, lo que aumenta la incomodidad de la madre en el momento de parir.

Parir en posición vertical ha sido la forma más fisiológica y natural de dar luz durante generaciones. (91) Sin embargo, en el nuevo paradigma para la atención del parto la camilla de litotomía ha desplazado esta forma natural adoptada por la mujer para el nacimiento de su hijo. (15) Este hecho, ha sido condicionado en gran medida por la forma como las instituciones organizan sus salas de parto y protocolizan el periodo del expulsivo, es decir el momento cumbre de todo el proceso del parto: El nacimiento.

En las instituciones de salud de la ciudad también la posición horizontal para parir ha desplazado las posturas verticales, en efecto las nuevas salas y camillas para el parto no están acondicionadas para mantener una posición vertical de la mujer durante su parto.

"Ellas van en posición ginecológica, de posición de litotomía que llamamos, hay momentos en los que la materna por esos momentos de estrés y del cansancio, se quiere bajar de la cama" E1AECR109

Esta posición es incómoda y cansa demasiado a la gestante por lo que el personal asistencial la ayuda con almohadas u otros elementos, de manera que puede tener un poco de comodidad.

"...Que ella esté lo más cómoda posible en esa posición de litotomía porque no es cómoda para uno parir" E5EPCRt77

Al indagar al personal asistencial el porqué de esta posición de litotomía y no una posición vertical fueron enfáticos en manifestar que muchas veces esto obedece más a la infraestructura institucional y a la comodidad del personal que de la misma gestante.

"La posición de Litotomía para parir es otra forma de vulnerar los derechos de las madres y deshumanizar la atención, máxime porque esta se hace por la comodidad del especialista" E13EPCR13

Para Odent, la madre siempre encuentra la mejor posición para parir, una posición que no comprima la vena cava, con lo cual se reduce más la pérdida de sangre. (91)

Además la mayoría de las veces las mujeres encuentran la posición más adecuada para que la vulva se vaya distendiendo poco a poco de la mejor manera posible. Por mi experiencia, creo que los desgarros aparecen muy raramente cuando la mujer está inclinada hacia adelante durante las últimas contracciones, si está por ejemplo, de pie apoyada en el borde de una mesa o bien en cuatro patas. (91)

9.8.6 La administración de Oxitocina y otros útero-inductores sintéticos son usados como protocolo de rutina sin tener en cuenta la decisión de la madre o su biología hormonal.

Esta última subcategoría que en cierta medida ha atravesado muchos de los elementos de esta investigación es la que cierra esta categoría interpretativa y también el apartado de Resultados y Discusión. Encierra muchos otros elementos porque es una prueba fehaciente de que la inducción del parto, la instrumentalización de este proceso maravilloso y el control del cuerpo de la mujer se están dando hoy más que nunca en las instituciones de salud.

De hecho, por primera vez en la historia de nuestra especie, la mayoría de las mujeres no cuentan con la liberación de sus hormonas naturales para traer al mundo a sus bebés: o bien utilizan sustitutos farmacológicos, particularmente goteos de oxitocina sintética o bien dan a luz por cesárea. En otros términos, el sistema de la oxitocina en los humanos devino inútil en el periodo que rodea el nacimiento.(149)

En efecto, en nuestras instituciones de salud la administración de Oxitocina y otros úteroinductores como el misoprostol se ha convertido en una práctica obstétrica rutinaria. Dicha práctica es realizada por el personal asistencial sin tener en cuenta el consentimiento de la madre o su biología hormonal, es decir su propia capacidad para producir Oxitocina Endógena y realizar un adecuado trabajo de parto.

"A todas les colocamos oxitocina porque ese es el protocolo de la institución"
E8GOSC50

De acuerdo a las investigaciones realizadas por algunos científicos como Odent y Caba, (149) (90) esta práctica rutinaria podría en un futuro no muy lejano dañar el sistema de liberación de Oxitocina Endógena en los humanos. De hecho las recomendaciones para la atención del proceso del parto solo recomiendan la administración de úteroinductores en casos muy especiales, pero nunca de rutina: "Se puede preguntar si la capacidad de parir no se debilitará de generación en

generación. Es difícil explicar por qué las tasas de intervenciones obstétricas aumentan en todos los lugares del mundo. La predisposición intergeneracional a los partos con fórceps o ventosas ya fue señalada” (149)

El problema no radica exclusivamente en la capacidad de parir, pues en una respuesta muy adelantada se podría pensar en que la solución seguiría siendo la oxitocina sintética, el problema va más allá y está relacionado con nuestra capacidad de amar en el que participa todo un cóctel de hormonas del amor en el que la oxitocina es la protagonista principal. (149)

Actualmente en nuestras instituciones de salud parece que la vía más rápida para acelerar el proceso maravilloso del nacimiento es la inducción farmacológica del parto, pero como refiere Odent, no se dimensiona el daño que se está causando. (149) Los participantes relataron que la inducción se da básicamente por acelerar este proceso, un proceso que sabemos es natural y fisiológico.

“A todas las gestantes se les pone oxitocina para acelerar su proceso de parto” E6GOB56

La Oxitocina juega un papel importante en muchos episodios de la vida sexual y reproductiva y además en las relaciones que se establecen entre la madre y su bebé: “Conocemos el rol que juega la oxitocina en la capacidad de establecer el cruce de miradas, de interpretar los mensajes faciales y de estar en situación de confianza. En otras palabras, comprendemos el rol esencial del sistema de la oxitocina en los procesos de socialización” (149)

De acuerdo entonces con estas palabras de Odent, todavía no dimensionamos el daño que estamos causando al proceso de socialización humana. Una pregunta surge respecto a esta situación ¿En un futuro, los humanos no seremos capaces de producir el cóctel de hormonas del amor debido a un daño en nuestro sistema de producción? ¿Habría entonces que inyectarse todos los días un compuesto de Oxitocina para poder amar? ¿Qué pasará con los procesos de socialización humanos? Todavía no tenemos la respuesta. La invitación ahora es a comprender mejor este sistema de hormonas del amor y a intentar proteger las lecciones que nos da la fisiología humana: “Se tarda diez minutos en aprender a utilizar el misoprostol. Tomará décadas neutralizar los profundos condicionamientos culturales de milenios y asimilar el concepto de hormona del amor” (149)

Finalmente podemos concluir esta última categoría interpretativa retomando algunos asuntos valiosos aquí relatados. El personal asistencial reconoce que efectivamente durante el proceso del parto las madres son sometidas a múltiples procedimientos o situaciones que se transforman en formas de violencia contra ella, su bebe y su familia. Es necesario reconocer hoy más que nunca que la Violencia Obstétrica existe en nuestra ciudad y en el mundo y esta invisibilizada. Es ese habitus (22) que nuevamente enmascara lo que se hace

con las gestantes durante su proceso de parto y se transforma en una rutina diaria por el personal asistencial, pero no es detectado ni mucho menos denunciado como violencia. Esta es la fase que se tiene que trascender, es decir, comenzar a ver como en el día a día se comete estos atropellos contra la mujer y por su puesto comenzar a implementar acciones para transformar esta realidad.

9.9 Y al final: nos queda la esperanza

Los significados del personal asistencial en torno al proceso del parto han ayudado a comprender mejor como son estas relaciones que se tejen entre la madre y el personal de salud en su proceso de parto y nos han dado una visión de conjunto acerca de las prácticas obstétricas que se realizan en las salas de parto de la ciudad de Medellín.

Sin embargo, los salubristas no pueden quedarse en una visión simplista del problema, sino que ahora el llamado es implementar acciones, proyectos y políticas para que la violencia obstétrica no sea más una situación invisibilizada. Es el momento de volver a las raíces y encontrar las salidas para que el parto este atravesado por una atención holística y humanizada y para que el personal de salud realmente pueda encontrar el camino hacia el cuidado y ayuda del proceso maravilloso del nacimiento.

Nos queda la esperanza, una esperanza que es posibilitadora por la acción y por el amor. La esperanza está dada porque en nuestra ciudad y en nuestro país no se invisibilice más la violencia contra la gestante. La esperanza está dada porque por fin los DSSR sean conocidos y respetados. La esperanza está dada porque el personal asistencial encuentre las condiciones, la formación y el camino para humanizar el parto. Es claro que esto es posible: es posible si se quiere hacer, es posible si logramos conectarnos con la madre, es posible si nos abrimos paso hacia un sinnúmero de posibilidades, es posible si trabajamos con amor:

“Y os digo que la vida es realmente oscuridad, salvo allí donde hay entusiasmo.
Y todo entusiasmo es ciego, salvo donde hay saber.
Y todo saber es vano, salvo donde hay trabajo.
Y todo trabajo está vacío, salvo donde hay amor.

¿Y qué es trabajar con amor?
Es poner en todo lo que hagáis, un soplo de vuestro espíritu.” (166)

10. Conclusiones

- ✚ En respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los significados que tiene el personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín? Se concluye que El personal asistencial presenta una riqueza de significados y experiencias en torno a las relaciones que establece con las madres durante su proceso de parto. Muchos de esos significados y experiencias están atravesados por el contexto en que ejercen su práctica diaria, por la formación recibida, por el conocimiento o desconocimiento sobre los DSSR y por algunos conceptos o imaginarios que se tengan en torno a la salud y a la educación para la salud. Todo esto puede influir o determinar en la humanización o deshumanización de dicho proceso.
- ✚ Las relaciones entre el personal asistencial y las gestantes en proceso de parto están enmarcadas en un Macro-contexto como lo es el sistema de Salud de Colombia y una perspectiva neoliberal en la que se mercantiliza la vida. Este contexto ha llevado a que se cierren muchos servicios de maternidad de la ciudad de Medellín, a que se colapse la red materno-infantil y a que los profesionales deban ejercer su práctica diaria en instituciones saturadas respecto a la atención a las madres.
- ✚ El colapso de la red materno-infantil de la ciudad de Medellín ha llevado a que las gestantes en proceso de parto deban esperar muchas horas para ser atendidas por el personal asistencial y luego de su ingreso al servicio de maternidad deban realizar su trabajo de parto en condiciones de incomodidad y poca intimidad.
- ✚ Las altas demandas de maternas en la ciudad de Medellín que supera las instituciones que les atienden ha llevado a una sobrecarga laboral del personal asistencial lo que afecta las relaciones que se tejen entre estos y las madres y termina muchas veces en una deshumanización de la atención.
- ✚ Existe un Micro-contexto que también influye en las relaciones que se tejen entre el personal asistencial y las gestantes en proceso de parto. Dicho micro-contexto está relacionado con la infraestructura y las directrices organizaciones, el cual, muchas veces condiciona la atención a la madre y el respeto por sus DSSR.
- ✚ La formación del personal asistencial la cual generalmente se da desde el modelo biomédico hegemónico influye en la atención que se presta a las madres por parte del personal de salud quien muchas veces realiza su práctica desde una perspectiva orgánico-mecanicista, descuidando otras dimensiones de la madre en proceso de parto.

- ✚ El personal asistencial presenta un escaso conocimiento respecto a los DSSR y una visión de estos centrada en la planificación familiar lo que influye en la vulneración de muchos DSSR especialmente aquellos relacionados con el proceso de parto.
- ✚ Durante el proceso de parto existe una atención preferencial de parte de las instituciones de salud por las madre de acuerdo a su condición económica, tipo de aseguramiento o escolaridad lo que reafirma un sistema de salud basado en el mercado y la mercantilización de la vida y acentúa la exclusión y la vulneración de los derechos de las gestantes que no cumplan con los criterios que promueve dicho modelo.
- ✚ El personal asistencial presenta un concepto de salud desde su formación académica marcadamente institucional y centrado en la enfermedad que a partir de la experiencia y el contacto con los pacientes va ampliándose y tomando en cuenta otras dimensiones del ser humano, lo cual posibilita una atención más holística e integral de la gestante en proceso de parto.
- ✚ El concepto de Educación para la Salud que tiene el personal asistencial sigue estando atravesado por un Modelo Bancario y unidireccional, lo que fragmenta la comunicación con la madre y no posibilita un diálogo de aprendizaje abierto y mutuo.
- ✚ En muchas instituciones de salud de la ciudad el Parto Humanizado es un servicio o paquete que se debe comprar y al que solo tienen acceso las gestantes que cuentan con los recursos para ello.
- ✚ Durante el proceso de parto el personal asistencial realiza diferentes prácticas obstétricas que devienen del ser profesional, del modelo biomédico hegemónico y del contexto en el que deben realizar la asistencia a las madres, dichas prácticas deshumanizan la atención y pueden condicionar un proceso de parto fácil y exitoso.
- ✚ Durante el proceso de parto la administración de Oxitócicos es una práctica obstétrica que se ha implementado de rutina en las instituciones de salud de la ciudad. Dicha práctica que deviene en gran medida de la medicalización de la vida, no está recomendada por la OMS para la atención del parto y puede estar afectando la producción de oxitocina endógena en los seres humanos y alterando nuestra capacidad de amar.
- ✚ El personal asistencial coincide en que es sumamente importante dar sentido a cada una de las prácticas que se realizan con la gestante durante su proceso de parto. Se evidencia hoy más que nunca la necesidad de dotar de significado el proceso del nacimiento porque ahí es donde precisamente está el corazón de la atención humanizada.

- ✚ Algunas dimensiones de los estudios de género relacionados con el biopoder como la dimensión simbólica y la dimensión normativa evidencian como muchas prácticas hegemónicas actuales ejercen control y violencia sobre el cuerpo de las mujeres, cosificándolas y negándoles la posibilidad de ser sujetos.
- ✚ Hoy más que nunca los estudios de género muestran la importancia de una disrupción entre el binario hombre/mujer para llegar a comprensión entre los seres humanos, intersubjetiva, transpersonal, de apertura y de generosidad.
- ✚ Finalmente se concluye que para el personal asistencial la relación que establece con la madre durante su proceso de parto esta trazado por unas políticas que no generan condiciones de atención y acompañamiento, una formación académica centrada en la atención biológica, pero que ignora las necesidades afectivas y de comunicación, unas condiciones laborales difíciles y desmoralizantes, y la motivación y/o amor de algunos profesionales por realizar bien su trabajo.

11. Recomendaciones

Desde el sistema de salud de Colombia

- ✚ Realizar cambios estructurales en el sistema de salud que realmente contribuyan a la salud de la familia gestante y repercutan positivamente en la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y calidad en la atención que se les brinda a las madres en su proceso de parto.
- ✚ Realizar cambios estructurales que sean realmente posibilitadores de una atención del proceso de parto en un contexto en el que la salud sea un derecho y no una mercancía.
- ✚ Generar Políticas que posibiliten la apertura de nuevos servicios para la atención materno-infantil y en la contratación de más personal asistencial que logren realmente impactar en la atención oportuna a las madres y en unas mejores condiciones para los técnicos y profesionales de la salud.
- ✚ Generar leyes que tipifiquen la Violencia Obstétrica como un delito y sancionen a quienes ejerzan esta forma de violencia contra la mujer.
- ✚ Generar Políticas Públicas para la atención obligatoria del Parto Humanizado, evitando que este siga siendo un paquete que se debe comprar cuando la madre ingresa a la institución de salud para la atención de su proceso de parto.

Desde las Instituciones de Salud

- ✚ Mejorar la infraestructura de los servicios de maternidad, de manera que la infraestructura sea posibilitadora de una atención humanizada del parto y no un condicionante que influya en que se vulneren los DSSR de las madres y sus acompañantes.
- ✚ Redefinir directrices y protocolos institucionales que vulneran los DSSR de las gestantes especialmente durante su proceso de parto y en lo concerniente a la planificación familiar.
- ✚ Mejorar las condiciones laborales del personal asistencial, especialmente desde la contratación de más Talento Humano para que se puede dar una atención de un proceso de parto en condiciones de calidad y humanización.
- ✚ Realizar procesos de formación continuada y capacitación al personal asistencial respecto a los DSSR y sobre la atención del Parto Humanizado.

- ✚ Revisar sus guías de práctica clínica relacionadas con el Proceso de Parto, donde se incluyan protocolos y procedimientos que estén alineados a las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza para la atención del parto y de las últimas Guías Nacionales que promueven una atención fisiológica y lo más naturalmente posible de dicho proceso.

Desde las Escuelas y Universidades de formación en salud

- ✚ Replantearse y reflexionar en torno al Modelo Biomédico Hegemónico imperante en la educación actual respecto a un modelo Complejo, Transdisciplinario y Humanístico que demanda esta época planetaria.
- ✚ Propender por una formación Holística y Humanizada del personal de la salud que incluya conceptos más amplios sobre Salud y Educación para la salud.
- ✚ Incluir cátedras de formación y actualización continua en DSSR y atención del Parto Humanizado.

Desde el personal asistencial

- ✚ Fomentar en todo momento el respeto y la educación a las madres sobre sus DSSR.
- ✚ Propender por una atención holística, integral y humanizada a la gestante durante su proceso de parto.
- ✚ Preocuparse por su formación y actualización continua en temas de maternidad, DSSR y atención del Parto Humanizado.
- ✚ Realizar prácticas obstétricas alineadas a las orientaciones de la Declaración de Fortaleza y a las últimas guías de Práctica Clínica para la atención del Parto Humanizado.
- ✚ Evitar caer en una atención de la maternidad centrada en la mercantilización y en la medicalización de la vida.
- ✚ Procurar en todo momento que se fomente y se respete el vínculo entre la madre y su bebé en esa primera hora del nacimiento.

12. Limitaciones y futuros estudios

Los participantes de este estudio pertenecen a las instituciones que más población de mujeres en proceso de parto atienden en la ciudad de Medellín. Por lo tanto, en este estudio, no están representadas todas las instituciones de la red y tampoco es el objetivo del mismo. Sin embargo, para un futuro estudio sería importante contemplar estas otras instituciones en tanto permitirían comprender los significados que tiene el personal asistencial en torno al proceso de parto en dichas instituciones y encontrar otras experiencias que puedan emerger para comprender cada vez mejor el fenómeno. Sería también muy interesante para futuros estudios encontrar una institución en la ciudad que trabaje exclusivamente con Parto Humanizado - si la hay - y reflexionar sobre los beneficios que este modelo puede traer para el bienestar materno-fetal y para el desarrollo del proceso del nacimiento.

Una limitación importante de este estudio es que aunque hubo participación de especialistas en Ginecología y Obstetricia estos fueron los participantes más limitados, puesto que es difícil muchas veces contactarlos o que tengan el tiempo para participar de estos estudios. Sería muy importante realizar investigaciones donde se cuente con un amplio grupo de especialistas en ginecología y obstetricia y de esta manera poder comprender mejor lo que ellos piensan y sus experiencias en torno a la maternidad y al proceso de parto.

Finalmente como todavía se está en una fase investigativa respecto a la influencia de la Oxitocina Sintética en la limitación de la producción endógena de la misma, sería pertinente incluir nuevos estudios en donde se pueda ir comprobando que tanto influye esta medicalización de la vida en el sistema fisiológico de la Oxitocina y en la capacidad de amar.

Agradecimientos

A Dios, por regalarme cada día el don de la vida que es posibilitadora de toda creación humana.

A mi madre-abuela, quien siempre mantuvo la esperanza hasta el final de ver los frutos de este trabajo, pero fue llamada antes a recibir la corona prometida para quienes han hecho el bien: tú lo hiciste a cada paso en esta Tierra.

A mi familia, especialmente a mi madre quien me ha fortalecido con sus palabras y bendiciones en todo momento. Eres un faro de luz en mi camino.

A Daniel, por su paciencia, por su espera diaria, por su voz de aliento en todos los momentos que creía desfallecer. Gracias por mantener la esperanza de recuperar el tiempo invertido.

A mi asesora Diana Patricia Molina, mujer incansable y soñadora. Gracias por la paciencia, por las oportunidades recibidas, por los consejos, por la dedicación y por tu sabiduría de vida. Todos los días fuiste para mí un ejemplo de tenacidad y lucha incansable por hacer bien las cosas. Tu vida y tus palabras me motivaron siempre a continuar el camino.

A las directivas, compañeros y al equipo de trabajo de la institución donde laboro. Ustedes me dieron la oportunidad y el tiempo que esto demandaba. Gracias por alentarme a llegar hasta el final.

A todos los participantes de este estudio, quienes dedicaron un tiempo valioso para construir este sueño. Gracias por sus lecciones, sus testimonios, sus valiosas enseñanzas. Ustedes representan todos aquellos que promueven la salud y la vida.

A todas las madres presentes y futuras que se ven y se verán reflejadas en este estudio. Ustedes me inspiran a diario a dotar de significado el milagro de la vida: parir y nacer.

A CODI – Social de la Universidad de Antioquia: Su apoyo posibilitó el cumplimiento de las metas trazadas.

A los docentes y administrativos de la FNSP que nos han acompañado en este pasaje de la vida. Gracias por el compromiso para con nosotros los educandos y por ser posibilitadores de un dialogo educativo crítico, abierto y reflexivo.

A mi grupo de Maestría, compañeros auténticos e inseparables a lo largo de este viaje. Gracias por las luchas y los momentos compartidos

Referencias Bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo. 5 al 13 de septiembre de 1994 [Internet]. Nueva York. ONU 1995. [Consultado 2015 Abril 03] Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
2. Mejía LM, Ortíz AC. Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana. Rev Fac Nac Salud Pública. [Internet]. 2006;24 40–70. [Consultado 2015 Abril 03] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12024105.pdf>
3. Colombia Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: El Ministerio. 2013 [Consultado 2015 Abril 03] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
4. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas : Implicaciones en programas y políticas [Internet]. OPS; 2003. [Consultado 2015 Abril 04]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493
5. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Nueva York, 08 de septiembre de 2000. [Internet]. [Consultado 2014 Septiembre 15]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
6. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. PNUD. 2015. [Internet]. [Consultado 2015 Octubre 30]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
7. Organización Mundial de la Salud - OMS. Mejorar la salud materna [Internet]. Ginebra; 2013. [Consultado 2015 Octubre 30]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es
8. Álvarez C, Vargas M. Guía de atención del Parto. Ministerio de la Protección Social [Internet]. 2006;42. [Consultado 2015 Noviembre 20]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias20.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. [Consultado 2015 Noviembre 20]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
10. Valdez Santiago R, Hidalgo Solano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal LM, Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Rev. Conamed. [Internet]. 2013;18:14–20. [Consultado 2015 Noviembre 20]. Disponible en: <file:///D:/Users/esterilizacionc/Downloads/Dialnet-NuevaEvidenciaAUnViejoProblema-4237199.pdf>

11. Schwarz P. La maternidad tomada . Ginecólogos , obstetras y mujeres en interacción . Discursos y prácticas en la clase media. Argumentos Rev Crítico Soc la CLACSO. 2010;11:110–35.
12. Lutz E, Misol S. Parto Humanizado: Editorial. Rev. Bras. Ginecol e Obs. [Internet]. 2002;24(7):431–431. [Consultado 2015 Noviembre 20]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n7/12834.pdf>
13. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Ginecol Obstet Venez. 2012;72(1):4–12.
14. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Traducción ACPAM. Lancet. 1985;2:436–7.
15. Aguiar JM De, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional , autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(11):2287–96.
16. Organización Panamericana de la Salud. Estudio Comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Peru. [Internet]. Washington DC: OPS; 2012. 142 p. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle: No+Title#0>
17. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Cien Saude Colet. 2003;8(1):185–207.
18. Menéndez E. Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. Mexico, DF: Alianza Editorial; 1990. 192 p.
19. Zimmer S. Proyecto Salud [Internet]. Parto Humanizado. 2013. [Consultado 2015 Diciembre 05]. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=5910>
20. Nieto ÁJ. 1er Simposio de actualización en cuidado perinatal. Parto Humanizado. Cali: Fundación Valle de Lili; 2013.
21. Orueta R, Santos C, González E, Becerra F, Alejandro G, et al. Medicalización de la vida. Rev clínica Med Fam. [Internet]. 2011;4(1):150 – 61. [Consultado 2015 Diciembre 05]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011
22. Bourdieu P, Passeron JC. La Reproducción: Elementos para una teoría de la enseñanza. 3a ed. Mexico, DF: Laia S.A; 1996. 285 p.
23. Santos M. Por otra globalización: Del pensamiento único a la conciencia universal. Bogotá: Convenio Andrés Bello; 2004. 140 p.
24. Quintana P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2000;8:43–54. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://findnwrite.com/memento/ articles/details/30662>
25. Gañan J. Derecho a la salud y mercado. casos colombia y latinoamérica. Rev. Estud Derecho Univ Antioquia. 2014;71(157):132–55.
26. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC: OPS; 2012. 1-82 p.

27. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia Revista de Filosofía*. [Internet]. 2007;2(8):65–86. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf>
28. Carrasco Cortés, V. Los trabajadores de salud , los actores olvidados de las reformas. *Rev. Acta Med Per*. [Internet] 2014;31(1):50-56. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n1/a09v31n1.pdf>
29. Borrero-Ramírez YE, Echevery-López ME. Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Rev Gerenc Polit Salud*. [Internet] 2011;10(52):62–82. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2589/1860>
30. Villar C LÁ. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Deslinde* [Internet]. 2009;36:1–10. [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>
31. Santos G. Un alto al mal llamado "paseo de la muerte. Senado de la República de Colombia [Internet]. Bogotá; 2012 Agosto; [Consultado 2016 Febrero 18]. Disponible en: <http://www.senado.gov.co/historia/item/14655-un-alto-al-mal-llamado-paseo-de-la-muerte>
32. Emisora del Atlántico. Denuncian nuevo paseo de la muerte con fatal desenlace a paciente embarazada de Coomeva [Internet]. Barranquilla; 2015. [Consultado 2016 Febrero 20]. Disponible en: <http://www.emisoraatlantico.com.co/local/29252-denuncian-nuevo-paseo-de-la-muerte-con-fatal-desenlace-a-paciente-embarazada-de-coomeva.html>
33. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Alcances de la Ley Estatutaria. Bogotá. El Ministerio. [Internet] [Consultado 2016 Febrero 1]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-65-Ley-Estatutaria.pdf>
34. Duque JG. Medellín pierde camas para la atención de partos. *El Colombiano Sec Histórico* [Internet]. Medellín; 2013 Feb 1; [Consultado 2016 Febrero 21]. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/medellin_pierde_camas_para_la_atencion_de_partos-JDEC_227358
35. Arias Sandoval M. La salud, en estado terminal, pide ayuda. *El Colombiano Sec Histórico* [Internet]. Medellín; 2015 Jul 23; [Consultado 2016 Febrero 21]. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/hospitales-no-se-cierran-de-golpe-pero-merman-servicios-XD2360101>
36. Alcaldía de Medellín. Galardón al cuidado materno infantil en Medellín: NACER Universidad de Antioquia; 2015. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://premiocalidadmedellin.org/galardon/CARTILLAMATERNNOINFANTIL2015.pdf>
37. Adam Morell A. A review on gender violence. A whole doubt gender. *Rev. Gac Int ciencias forenses* [Internet]. 2013;(9):23–31. [Consultado 2015 Diciembre 08]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4456934&info=resumen&idioma=ENG>

38. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nac Unidas [Internet]. 2012; [Consultado 2015 Diciembre 20] Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
39. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Journal of Chemical Information and Modeling. San Salvador; 1989.
40. Organización de Estados Americanos. Informe de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará". Washington, D.C 1995. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 02] Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf
41. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer - Beijing; 1995 [Internet] [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf
42. African Commission on Human and Peoples' Rights. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the establishment of an African court on human and peoples' rights. Maputo - Mozambique; 1994. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf
43. Ki-moon B. El 25 de noviembre, Latinoamérica se une para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas. [Internet]. 2009. p. 25–6. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/UNiTE_LatAm.pdf
44. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015 [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/post-2015-development-agenda.html>
45. Organización de las Naciones Unidas. ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Nueva York: ONU - MUJERES; 2015. [Internet] [Consultado 2015 Diciembre 08]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>
46. División para el adelanto de la mujer de las Naciones Unidas. Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. ONU - MUJERES; 62 p.
47. Guerra GB. Editorial violencia obstétrica. Rev la Fac Med. 2008;31(1):5–6.
48. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Red Bioet UNESCO. [Internet] 2013;1(7):25–34. [Consultado 2015 Diciembre 08]. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
49. Consejo Nacional de las Mujeres Gobierno de Argentina. Legislación sobre la mujeres. 2015 [Internet] [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar/Institucional/QueEsEICNM.html>
50. Valenzuela S. La Violencia Ginecológica no es un delito en Colombia. El Espectador. Bogotá; 2013. Agosto 13; sec 2. [Internet]. [Consultado 2015

- Diciembre 02]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/violencia-ginecologica-articulo-439930>
51. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. El Ministerio. 2003. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
 52. Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2012 [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf
 53. Universidad de Antioquia. Historia del grupo NACER [Internet] [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/centro/q2historia.htm>
 54. Organización Mundial de la Salud - OMS. Violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra; p. 1–3. [Consultado 2015 Noviembre 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
 55. Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Rev. Med Natur* [Internet]. 2006;(10):29–38. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985570&info=resumen&idioma=SPA>
 56. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Rev. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace* [Internet]. 2014;(111):79–83. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961&info=resumen&idioma=SPA>
 57. Thomson G, Downe S. Wide - ning the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Rev. J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2008;29(4):268–73. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820802545453>
 58. Domínguez E, Zacea E. Sistema de salud de Cuba. *Salud Publica Mex.* [Internet] 2011;53(Suppl 2):s168–76. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012
 59. García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Rev. Cien y Saude Colet.* [Internet] 2012;17(7):1893–1902. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>
 60. Camacaro-Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Rev Venez Estud La Mujer.* [Internet] 2009;14:147–162. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/2108/2005

61. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM. Silencio Y Complicidad. Lima; Cladem. 1998. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>
62. Gobernación de Santander. Fundación Camino Claro [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: <http://fundacioncaminocla.wix.com/fccong>
63. Serrano N. Violencia obstétrica, un abuso invisible. La revista: Publicaciones web. Santander: Universidad Pontificia Bolivariana; 2014. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: <http://plataformaupb.com/publicaciones/132-violencia-obstetrica-un-abuso-invisible>
64. Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL. Perfil sociodemográfico básico de Medellín; 2014. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/40392/4_medellin.pdf
65. Proantioquia. La ciudad de Medellín. Informe sobre la ciudad: Medellín Como Vamos; 2015. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/la-ciudad>
66. Proantioquia. Desafíos de la política pública de seguridad y convivencia de Medellín [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 25]. Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/editoriales/desaf-os-de-la-pol-tica-p-blica-de-seguridad-y-convivencia-de-medell-n>
67. Alcaldía de Medellín - Secretaría de Salud Municipal. Situación de salud de Medellín: Indicadores básicos 2013. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/SharedContent/Librosdeindicadores/Librodeindicadores2013.pdf
68. Santamaría M. Efectos de la ley 100 en Salud. Bogotá: Fedesarrollo; 2010. 550 p.
69. Rubio León DC. Prácticas institucionales de atención en salud del personal encargado de la prevención del cáncer de cuello uterino en una unidad prestadora de servicios de salud de la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Journal of Chemical Information and Modeling. 2013.
70. Castro Naranjo LJ. Los servicios de obstetricia: un parto. Alma Máter 2014 Enero 31; [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: <http://mokana.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaAlmaMater/secciones/vida/2013/F14B65A961E0EEC6E04018C83D1F46ED>
71. Montoya JD. Por ahora, le cortan cordón umbilical a la León XIII. El Colombiano. 2011 Oct 4 Sec Histórico [Internet]. [Consultado 2016 Febrero 22]. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/por_ahora_le_cortan_cordon_umbilical_a_la_leon_xiii-CYEC_152752
72. Cano CM. Atención ágil de maternas está en riesgo en Medellín. El Tiempo. 2012 Jun 14; [Internet]. [Consultado 2016 Febrero 22]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11945121>

73. Ospina Martínez ML, Acosta J, Londoño N. Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia. 2012.
74. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Sociedad y salud. 1992.
75. Sanchón Macías MV. Salud Pública y Atención Primaria en Salud [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2014. p. 20. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-i/1.1_conceptos_generales.pdf
76. Morales Calatayud F. Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. 250 p.
77. San Martín H. Crisis Mundial de la Salud. ¿Salud para nadie en el año 2000? Madrid: Ciencia; 1984.
78. Granda Ugalde E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Rev Fac Nac Salud Pública. 2008;26(Edición Especial Julio):65–90.
79. Kickbusch I. Los aspectos sociales de la educación. Educación para la salud Promoción y educación para la salud. Hamburgo: UNESCO; 1997.
80. Cina C. Reflexión sobre las formas de vida/fin/muerte. Madrid: Alianza Editorial; 1984. p. 472.
81. Del Carmen IR. La Sexualidad Humana [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: http://almez.pntic.mec.es/~erug_0000/orientacion/psicologia/Documentos/La sexualidad humana.pdf
82. Foucault M. Historia de la Sexualidad I: La voluntad del saber. Madrid: Siglo veintiuno editores; 2006. 214 p.
83. Torices Rodarte I, Ávila García G. Por mi salud y tu tranquilidad: Hablemos de sexualidad. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: http://www2.sepdef.gob.mx/info_dgsei/archivos/DGSEI_Por_mi_salud_y_tu_tranquilidad_hablemos_de_sexualidad.pdf
84. Jolibert B. Sigmund Freud. Rev. Trimest Educ Comp UNESCO. [Internet]. 1993;23(3-4):485–499. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/freuds.pdf>
85. Defensoría Del Pueblo De Colombia P. Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos Para funcionarios y funcionarias. 2007. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: http://www.generacionmas.gov.co/SaludSexual/Documents/Modulo_de_la_A_a_la_Z_en_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf
86. Angarita M, González P. Fisiología del Nacimiento [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 28]. Disponible en: <https://prezi.com/hhhrpnjdziob/cambios-fisiologicos-nacimiento/>
87. Ministerio de Sanidad y Política Social de Madrid. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. Madrid. El Ministerio. [Internet]. [Consultado 2015 Diciembre 29]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
88. Odent M. La científicación del amor. Buenos Aires: Creavida; 2005. 130 p.

89. Odent M. *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad*. Madrid: OB STARE; 2009. 134 p.
90. Caba M. Oxitocina: la hormona del amor materno. *Rev Divulg científica y tecnológica la Univ Veracruzana* [Internet]. 2003;1(15) [Consultado 2015 Diciembre 29]. Disponible en: <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol16num1/articulos/oxitocina/oxittocina.htm>
91. Odent M. *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Madreselva; 2011. 186 p.
92. Cabral BE, García CT. El Género: una categoría de análisis crítico para repensar las relaciones sociales entre los sexos. *Nómadas Rev crítica ciencias Soc y jurídicas*. 2006;13(1):1–13.
93. Murguialday C. *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación del Desarrollo*. Universidad del País Vasco; 2013 [Internet]. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/108>
94. Foucault M. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Ciudad de México: Siglo XXI editores; 1997. 375 p.
95. Foucault M. Historia de la Medicalización. *Rev. Educ Med Salud* [Internet]. 1977;11(1):4–25. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: [http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,M.Historiadela medicalización.pdf](http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,M.Historiadela%20medicalizaci3n.pdf)
96. Piedra Guillen N. Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Rev Ciencias Soc* [Internet]. 2004; 4(106):123–141. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15310610.pdf>
97. Scott JW. Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *Rev. La manzana la discordia*. [Internet] 2011;6(1):95–101. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1514
98. Colombia. Presidencia de la República. *Política Pública Nacional de Equidad de Género*. Bogotá, La Presidencia; 2013. [Internet] [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf>
99. Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES. *Equidad de género para las mujeres*. CONPES Social 161. 2013; [Internet] [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>
100. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003. 2011 p.
101. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000. 168 p.
102. Fernández JM. La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Rev. Cuad Trab Soc* [Internet]. 2005;18:7–31. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/8428>
103. Arendt H. *Sobre la Violencia*. Madrid: Alianza Editorial; 2006. 140 p.
104. De Sousa Santos B. Capítulo I *La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias : para una ecología de saberes*. Renovar la

- teoría crítica y reinventar la emancipación social [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2006. p. 13–41. [Consultado 2015 Diciembre 02]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/Capitulo I.pdf>
105. Organización de las Naciones Unidas. Violencia contra las mujeres [Internet]. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf
 106. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Madrid: Siglo XXI editores; 2007. 324 p.
 107. Foucault M. El sujeto y el poder. Rev Mex Sociol. [Internet]. 2007;50(3):3–20. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf>
 108. Campillo A. Espacios de aparición: El concepto de lo político en Hannah Arendt. Revista de Filosofía. [Internet] 2002;26:159–86. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://revistas.um.es/daimon/article/view/11891/11471>
 109. Breilh J. Episteme y praxis social cómo se transforman, avanzan o retroceden los conceptos científicos. Epidemiología crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 93–104.
 110. Real Academia de la Lengua Española. ¿Qué es Comprender? [Internet]. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
 111. Veinte Mundos. Entender – Comprender [Internet]. [Consultado 2016 Enero 05]. Disponible en: <http://www.veintemundos.com/wp-content/themes/vm/pdf/gramatica/entender-comprender.pdf>
 112. Platón. Apología de Sócrates. Madrid: Alhambra; 1988. 225 p.
 113. Platón. Diálogos de Platón. Madrid: Gredos; 2003. 352 p.
 114. Weber M. Economía y Sociedad. Madrid: S.L. Fondo de Cultura Económica de España; 1993. 1246 p.
 115. Heidegger M. Ser y Tiempo. Madrid: Trotta; 2003. 497 p.
 116. Gadamer H-G. Verdad y Método II. Salamanca: Sígueme; 1992. 434 p.
 117. Gadamer H-G. El problema de la conciencia histórica. Madrid: Tecnos; 1993. 120 p.
 118. Gadamer H-G. Verdad y Método I. Salamanca: Sígueme; 1991. 706 p.
 119. Ritzer G. Teoría sociológica moderna. 5th ed. Madrid: S.A. MCGRAW-HILL; 2001. 768 p.
 120. De la Cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal: La invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. 223 p.
 121. Blumer H. El interaccionismo simbólico: Perspectiva y Método. Barcelona: Hora S.A; 2004. 1-44 p.
 122. Ricoeur P. Del Texto a la Acción: Ensayos de Hermenéutica II. Madrid: S.L. Fondo de Cultura Económica de España; 2001. 380 p.
 123. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. 341 p. p.

124. Galeano Marín ME. Teoría Fundada: arte o ciencia. Estrategias de investigación social cualitativa: El giro de la mirada. Medellín: La Carreta editores; 2004. p. 161–85.
125. Erwin Esaú AS, Rueda Arenas JF. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Rev Colomb Sociología [Internet]. 2013;36(2):93–104. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/38643/1/41641-189266-1-PB.pdf>
126. Cuesta M, Herrero FJ. Introducción al muestreo: Oviedo: Universidad Andrés Bello; 2004 [Internet]. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://mey.cl/apuntes/muestrasunab.pdf>
127. Panqueva Tarazona J. Estrategias y Técnicas de Investigación Cualitativa. Bogotá: Universidad la Gran Colombia; 2012. [Internet]. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/guest975e56/metodos-y-tecnicas-en-la-investigacion-cualitativa>
128. Munarriz B. Técnicas y Métodos en investigación cualitativa. Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 2001;(95):155–77. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8533/1/CC-02art8ocr.pdf>
129. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3 a. Barcelona: Paidós; 2000. 328 p.
130. Martínez LA. La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Rev Perfiles Lib [Internet]. 2007;4:73–80. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: [http://www.ulibertadores.edu.co:8089/recursos_user/documentos/editores/7118/9 La observaci?n y el diario de Campo en la Defini?n de un Tema de Investigaci?n.pdf](http://www.ulibertadores.edu.co:8089/recursos_user/documentos/editores/7118/9%20La%20observaci%20n%20y%20el%20diario%20de%20Campo%20en%20la%20Definici%20n%20de%20un%20Tema%20de%20Investigaci%20n.pdf)
131. Comisión de Prácticas de Psicología Universidad de Zaragoza. Guía para la elaboración del Diario de Campo [Internet]. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://fcsh.unizar.es/wp-content/files/Guía-Diario-de-Campo.pdf>
132. Rodríguez Gómez D, Valldeoriola Roquet J. Métodos y técnicas de investigación en línea. Madrid: Bernal pro; 2009. 5 p.
133. Rodríguez D, Valldeoriola J. Metodología de la investigación. Univ Oberta. Catalunya. Eureka Media. 2010; [Internet] [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: http://www.zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-0.pdf
134. Muñoz Justicia J. Análisis de datos textuales con Atlas-ti. Barcelona. UA editor. Barcelona; 2003. 98 p.
135. Emmanuel E. ¿Qué hace que una investigación sea ética? Siete requisitos éticos. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 1999.
136. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución N° 8430 de Octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.

137. Rodríguez Yunta E. Comités de evaluación Ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Rev. Acta Bioethica – OPS. [Internet]. 2004;10(01):37–47. Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005
138. National Institutes of Health. The Belmont Report. Belmont Rep Ethical Princ Guidel Prot Hum Subj Res. 1979 [Internet]. [Consultado 2015 Noviembre 01]. Disponible en: <http://www.salesianos-cadiz.com/Descargas/Escolar/ESO-BachilleratoBachillerato/2do Bachillerato/2do A/InformeBelmont.pdf>
139. Molina ME. La ética en el arte de Cuidar. Rev. Investig y Educ en enfermería. 2002 20(2):118–30.
140. Consejo de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. 2002. [Internet]. [Consultado 2016 Diciembre 20]. Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf
141. Colombia. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá. El Congreso. [Internet]. [Consultado 2016 Diciembre 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
142. Roldán O. El desafío de hoy: Construyendo posibilidades y alternativas. 19a ed. Bogotá: Mesa Redonda; 1999.
143. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París. UNESCO. 1999 [Internet]. [Consultado 2016 Diciembre 20]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/117740so.pdf>
144. Pérez Lugo JE. Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos. Rev. Omnia. [Internet]. 2012;18:148–162. [Consultado 2016 Diciembre 20]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73722545012>
145. Laurell AC, Herrera Ronquillo J. La Segunda Reforma de Salud . Aseguramiento y compra-venta de servicios. Rev. Salud Colect. [Internet]. 2010;6(2):136–148. [Consultado 2016 Diciembre 21]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-8265201000020002
146. Banco Mundial. Invertir en Salud: Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington DC; 1993. [Internet]. [Consultado 2016 Diciembre 21]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
147. Bermejo JC. Salir de la Noche: Por una enfermería humanizada. España: Sal Terrae; 1999. 238 p.
148. Burgo C. Los derechos de la embarazada. Buenos Aires: Parto y Nacimiento Humanizados; 2013. [Internet]. [Consultado 2016 Enero 02] Disponible en: <http://www.partohumanizado.com.ar/articulo2.html>

149. Odent M. El nacimiento en la era del plástico. Buenos Aires: Creavida; 2011. 176 p
150. Clínica el Rosario. Página web institucional: Principios éticos y morales [Internet]. [Consultado 2016 Enero 02] Disponible en: <http://www.clinicaelrosario.com/la-clinica/plataforma-estrategica/principios-%C3%A9tico-morales.html>
151. Universidad Pontificia Bolivariana. Página web organizacional: Espíritu Bolivariano. [Internet]. [Consultado 2016 Enero 03] Disponible en: <https://www.upb.edu.co/es/identidad-principios-historia/espiritu-bolivariano>
152. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Rev. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2007;20(4):499–503. [Consultado 2016 Enero 04] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
153. Boff L. El cuidado esencial. Madrid: Trotta; 2002. 164 p.
154. Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología. Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Hong Kong; 1999. [Internet]. [Consultado 2016 Enero 10] Disponible en: [http://www.vicentbataller.com/documentos/docs/Declaracion de Valencia.pdf](http://www.vicentbataller.com/documentos/docs/Declaracion%20de%20Valencia.pdf)
155. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Teherán. 1968. [Internet]. [Consultado 2016 Enero 10] Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Tratlnt/Derechos%20Humanos/OTROS%2016.pdf>
156. Freire P. Pedagogía del oprimido. 2a ed. Madrid: Siglo XXI editores; 1987. 192 p.
157. Francoise Colliere M. Promover la vida. 2da ed. España: McGraw-Hill - Interamericana; 2009. 372 p.
158. Freire P. Pedagogía de la Esperanza. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2002.
159. Freire P. Pedagogía de la autonomía. Mexico, DF: Siglo XXI editores; 2006. 139 p.
160. Morin E. Educar en la era planetaria. España: Gedisa; 2009. 144 p.
161. Ruiz JM. Condicionamientos socio – culturales de la humanización. En: Salir de la Noche: por una Enfermería Humanizada. España: Sal Terrae; 1999. 238 p.
162. Marriner A, Raille M. Modelo de Incertidumbre de Mishel Merle. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
163. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2000. p. 293.
164. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud: CINETS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia,; 2013. [Internet]. [Consultado 2016 Enero 12] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf)

165. Colombero G. La enfermedad tiempo para la valentía. Bogotá: San Pablo; 1993. 126 p.
166. Gibran K. El Profeta. España: Corona Borealis; 2014. 118 p.

Anexo I

Instrumentos para la recolección de la información

Instrumento 1 (Entrevistas Fases I – II – III)

FaseI: Guía de entrevista semiestructurada para el personal asistencial

| | |
|---|--|
| Investigación realizada por: Estudiante Juan David Arango Urrea | Versión: 1 |
| Director de Trabajo de Grado: Diana Patricia Molina Berrío |  1803 |
| Nombre de la Investigación: Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016 | |

Preámbulo:

Le agradezco que haya aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de cómo fueron las relaciones personales entre usted y las mujeres que ha atendido durante el trabajo de parto y/o el parto. Esta información es recogida con el objetivo de identificar lo que piensan las personas que trabajan en la atención del proceso de parto, sobre las relaciones que se establecen con las madres durante la atención. Esta información nos permitirá identificar asuntos problemáticos de la atención y contribuir a su solución, de allí que todas las ideas que nos pueda aportar sobre el tema serán muy valiosas para esta investigación.

Como quedo plasmado en el consentimiento informado que usted firmo previamente, le quiero recordar que esta entrevista será grabada, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas, no pudiera escuchar y escribir todos sus aportes. Esta grabación sólo será escuchada por el equipo de investigación y su contenido es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre, tampoco se relacionará en ningún momento con la institución donde labore en la actualidad o haya laborado. Es válido recordar que esta investigación tampoco divulgará los nombres de las instituciones.

Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted puede interrumpir, y que no está obligada/o a responder todas las preguntas, pues esto es un acuerdo voluntario.

Si tiene alguna dificultad con alguno de los términos especificados arriba, puede expresarlo ahora, para acordar unas nuevas condiciones. Si está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista, comencemos.

Ficha frontal:

| | | | | | | |
|--------------|----------------------|---------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------|
| Ginecólogo/a | Residente Ginecobst. | Anestesiólogo | Médico General | Profesional Enfermería | Auxiliar Enfermería | Instrumentador Qx. |
|--------------|----------------------|---------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------|

| | |
|----------------------------|--|
| CÓDIGO ENTREVISTADO | |
|----------------------------|--|

- Instituciones en donde ha trabajado en el servicio de Trabajo de Parto y/o sala de Partos:
- Tiempo de experiencia en el servicio de Trabajo de Parto y/o partos:

Entrevista:

Tópico I: Significado del personal asistencial acerca de los derechos sexuales y reproductivos en la atención a la gestante durante el parto

- ¿Qué has escuchado de los DSSR y como los relacionas con tu trabajo con las gestantes?
- ¿Considera usted que estos derechos son conocidos por el personal asistencial que trabaja en los servicios de ginecobstetricia? ¿Por qué lo cree?
- ¿Considera usted que estos derechos son tenidos en cuenta en la atención que se brinda a las mujeres durante el trabajo de parto? ¿Por qué?
- ¿Qué atención le merecen estos derechos a usted? ¿Considera que usted los practica? (En caso de manera afirmativa) ¿De qué forma considera que los practica? (En caso de respuesta negativa) ¿Por qué causa o motivo considera usted que no los debe o puede practicar?

Tópico II: Formación académica, concepto de salud y de educación para la salud, rol desempeñado en la institución y condiciones laborales del personal asistencial

- ¿En qué instituciones de pregrado y/o posgrado se formó o se está formado académicamente? ¿Sabe cuál es modelo de salud que se imparte en las aulas de dicha institución?
- Para usted ¿Qué es la salud?
- ¿Qué piensa de la educación para la salud?
- Usted considera que a las gestantes se les está educando para el proceso del parto, si es afirmativo ¿De qué manera o a través de qué estrategias? Si no se está educando ¿Por qué razones considera que esto no se está dando?
- ¿Qué rol desempeña usted en la institución?
- ¿Considera que la institución tiene la infraestructura y los espacios adecuados para desarrollas adecuadamente la atención y los cuidados a la gestante durante el proceso del parto?
- ¿La institución le brinda los insumos necesarios para la atención de la madre?
- ¿Cuántas maternas en trabajo de Parto máximo puede terne a cargo en un momento determinado del turno?
- ¿Qué tipo de contratación tiene en la actualidad? (Directo, tercerizado, prestación de servicios termino fijo, indefinido)
- ¿Cómo son sus horarios de trabajo?
- ¿Considera que la remuneración salarial recibida en dicha institución es adecuada? ¿Por qué? La institución donde labora ¿Le ofrece otros beneficios adicionales?
- A nivel general ¿Cómo considera sus condiciones laborales actuales?

Tópico III: Experiencia del personal asistencia sobre la atención que brindan a las mujeres en el momento del parto

- Cuénteme cómo ha sido su experiencia trabajando en el servicio de atención a la gestante durante el proceso del parto: ¿cómo llegó a trabajar allí?, ¿por qué eligió esta área?
- ¿Qué es lo más gratificante de su trabajo con las mujeres que están en trabajo de parto?
- Cuáles son las prácticas de rutina (cotidianas) que se realizan con las gestantes durante el trabajo de parto y el parto.
- ¿Cuál es la experiencia que más recuerda en la sala de partos?
- ¿Qué es lo más difícil de su trabajo con las mujeres que están en trabajo de parto? ¿Cuál es la experiencia que menos le ha gustado y por qué?
- ¿Cómo es el trato que usted les brinda a ellas durante el trabajo de parto?
- ¿Cómo es el trato que recibe de parte de ellas y de sus familiares y/o acompañantes?
- ¿De qué manera influye este trato en la atención que usted le brindará posteriormente a la mujer durante el parto?
- ¿Ha recibido usted alguna solicitud especial de las mujeres que están en trabajo de parto o de sus acompañantes? Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál o cuáles solicitudes? ¿Es frecuente dicha solicitud? ¿Cómo actúa usted frente a estas solicitudes?
- ¿Qué tanta importancia tiene la relación que se establece entre usted y las mujeres que están en trabajo de parto, para que éste se desarrolle de manera exitosa?
- ¿Considera usted que debería de cambiar en algo la manera en que se atiende a las mujeres en trabajo de parto?
- ¿Cómo deben actuar las mujeres en la sala de parto para que éste se desarrolle de la mejor manera?
- ¿Cómo debe actuar el personal asistencial durante el trabajo de parto y en el momento del parto para llevarlo a cabo exitosamente?

Comentarios finales:

Antes de terminar, me gustaría saber si desea añadir algo... si hizo falta alguna pregunta, si hay algo que usted hubiera querido decir y no se le preguntó.

Agradecimientos: Le agradezco su colaboración y disposición para contestar mis preguntas. Si fuera necesario, ¿podría contactarla/o nuevamente para aclarar o complementar algunas de sus respuestas?

Fase II: Guía de entrevista semiestructurada para el personal asistencial (relación de categorías descriptivas)

| | |
|--|---|
| Investigación realizada por: Estudiante Juan David Arango Urrea | Versión: 1 |
| Director de Trabajo de Grado: Diana Patricia Molina Berrío |  1803 |
| Nombre de la Investigación: Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016 | |

Preámbulo:

Le agradezco que haya aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de cómo fueron las relaciones personales entre usted y las mujeres que ha atendido durante el trabajo de parto y/o el parto. Esta información es recogida con el objetivo de identificar lo que piensan las personas que trabajan en la atención del proceso de parto, sobre las relaciones que se establecen con las embarazadas y los compañeros de trabajo durante la atención. En el momento nos encontramos en una segunda fase de entrevistas. En la primera fase identificamos asuntos problemáticos y significados de la atención del proceso del parto y en esta segunda parte queremos detenernos más detalladamente en las relaciones que hemos intentado establecer y que queremos usted nos brinde su perspectiva.

Como quedo plasmado en el consentimiento informado que usted firmo previamente, le quiero recordar que esta entrevista será grabada, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas, no pudiera escuchar y escribir todos sus aportes. Esta grabación sólo será escuchada por el equipo de investigación y su contenido es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre, tampoco se relacionará en ningún momento con la institución donde labore en la actualidad o haya laborado. Es válido recordar que esta investigación tampoco divulgará los nombres de las instituciones.

Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted puedes interrumpir, y que no está obligada/o a responder todas las preguntas, pues esto es un acuerdo voluntario.

Si tiene alguna dificultad con alguno de los términos especificados arriba, puede expresarlo ahora, para acordar unas nuevas condiciones. Si está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista, comencemos.

Entrevista:

Tópico único: Relación entre las diferentes categorías Descriptivas:

1. ¿Considera usted que el grado de conocimiento y el significado que el personal asistencial tiene sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos influye de alguna manera en las prácticas obstétricas que se le realizan a las gestantes durante el proceso del Parto? SI o NO ¿Por qué?
2. ¿Considera usted que los DSSR de las gestantes en proceso de parto se vulneran continuamente? SI O NO
3. En caso de respuesta afirmativa ¿Por qué cree usted que se vulneran continuamente los derechos sexuales y reproductivos (DSSR) de las gestantes? En caso de respuesta negativa ¿Por qué cree que no se vulneran?
3. ¿Considera usted que el escaso conocimiento que parece tener el personal asistencial sobre los DSSR influye en que estos se vulneren? SI o NO ¿Por qué?
4. ¿Cree usted que las prácticas obstétricas de rutina están relacionadas con las directrices, protocolos institucionales y la filosofía organizacional o tienen que ver exclusivamente con la autonomía y decisión de cada profesional? SI o NO ¿Por qué?
5. ¿Considera usted que las condiciones institucionales para la atención del proceso del parto tiene que ver con la vulneración de los DSSR? ¿De qué manera? En caso de no ver ninguna relación ¿Por qué cree que no influye?
6. ¿Considera usted que el contexto del sistema de salud influyen en la atención a las madres durante el proceso del parto? SI o NO ¿Por qué?
7. ¿Considera usted que las condiciones laborales influyen en las prácticas que se realizan durante el proceso del parto? SI o NO ¿Por qué?
8. ¿Considera usted que la formación recibida del personal asistencial influyen en la atención y en las prácticas que se realizan durante el proceso del parto? SI o NO ¿Por qué?
9. ¿Cree usted que el rol desempeñado por el personal asistencial en una institución influye en la atención a las madres durante el proceso del parto? SI o NO ¿Por qué?
10. ¿Cree usted que el concepto que el personal asistencial tiene de salud influye en la atención a las madres durante el proceso del parto? ¿Tendrá algo que ver ese significado con las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial en el proceso de parto? SI o NO ¿Por qué?
11. ¿Le parece que el concepto que tenga el personal asistencial sobre la educación para la salud influye en las relaciones que se tejen con las gestantes durante su proceso de parto? SI o NO ¿Por qué?

12. ¿Cree usted que los significados y las vivencias del personal asistencial durante la atención a las madres y concretamente en el proceso del parto influyen en la humanización o des-humanización de dicho proceso? SI o NO ¿Por qué?

Comentarios finales:

Antes de terminar, me gustaría saber si desea añadir algo... si hizo falta alguna pregunta, si hay algo que usted hubiera querido decir y no se le preguntó.

Agradecimientos: Le agradezco su colaboración y disposición para contestar mis preguntas. Si fuera necesario, ¿podría contactarla/o nuevamente para aclarar o complementar algunas de sus respuestas?

Fase III: Guía de entrevista semiestructurada para el personal asistencial (relación de categorías analíticas)

| | |
|--|---|
| Investigación realizada por: Estudiante Juan David Arango Urrea | Versión: 1 |
| Director de Trabajo de Grado: Diana Patricia Molina Berrío |  1803 |
| Nombre de la Investigación: Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016 | |

Preámbulo:

Le agradezco que haya aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de cómo fueron las relaciones personales entre usted y las mujeres que ha atendido durante el trabajo de parto y/o el parto. Esta información es recogida con el objetivo de identificar lo que piensan las personas que trabajan en la atención del proceso de parto, sobre las relaciones que se establecen con las embarazadas y el personal asistencial durante la atención. En el momento nos encontramos en una tercera fase de entrevistas. En la primera fase identificamos asuntos problemáticos y significados de la atención del proceso del parto y en la segunda parte nos detuvimos más detalladamente en las relaciones que establecimos. En esta última fase hemos refinado la información y construido 7 categorías analíticas que intentan acercarse a la explicación del fenómeno, pero que no pretenden agotarlo o estar completamente acabadas. Necesitamos que usted nos brinde su opinión sobre las categorías y las relaciones que hemos intentado establecer.

Como quedo plasmado en el consentimiento informado que usted firmo previamente, le quiero recordar que esta entrevista será grabada, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas, no pudiera escuchar y escribir todos sus aportes. Esta grabación sólo será escuchada por el equipo de investigación y su contenido es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre, tampoco se relacionará en ningún momento con la institución donde labore en la actualidad o haya laborado. Es válido recordar que esta investigación tampoco divulgará los nombres de las instituciones.

Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted puede interrumpir, y que no está obligada/o a responder todas las preguntas, pues esto es un acuerdo voluntario.

Si tiene alguna dificultad con alguno de los términos especificados arriba, puede expresarlo ahora, para acordar unas nuevas condiciones. Si está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista, comencemos.

Entrevista:

Tópico único: Relación entre las diferentes categorías analíticas

A continuación le presentamos 7 relaciones que intentan explicar los significados que tiene el personal asistencial acerca del proceso de parto las cuales queremos usted analice detalladamente y nos brinde su **opinión sobre cada una de ellas**, es decir si considera que la **relación es apropiada, si cree que de esta manera se da el fenómeno o se da de manera diferente, si considera que existen otras relaciones posibles** y finalmente que **aportes tiene para hacerle a cada una de estas afirmaciones**. Las relaciones son:

Categoría 1: Existe un escaso conocimiento sobre DSSR en el personal asistencial lo cual influye en que dichos derechos se vulneren, especialmente durante el proceso de parto. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 2: Durante el proceso de parto el personal asistencial realiza algunas prácticas obstétricas que deshumanizan y vulneran los derechos de las madres. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 3: Las directrices, la filosofía organizacional y algunas condiciones de las instituciones de salud limitan al personal asistencial para una atención humanizada del proceso del parto. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 4: El contexto del sistema de salud y las condiciones laborales influyen en la forma como se atienden a las madres durante el proceso de parto. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 5: La formación académica y el rol institucional pueden influir en las prácticas obstétricas que realiza el personal asistencial en el proceso de parto y en la forma como se atiende a las gestantes. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 6: El concepto que tiene el personal asistencial de salud y de educación para la salud influyen en la atención a las madres en su proceso de parto. **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Categoría 7: los significados del personal asistencial sobre la atención a las madres y sobre el proceso de parto influyen en la humanización de dicho proceso **(Que opina) (Está de acuerdo) (Existen otras relaciones posibles) (Aportes)**

Comentarios finales:

Antes de terminar, me gustaría saber si desea añadir algo... si hizo falta alguna pregunta, si hay algo que usted hubiera querido decir y no se le preguntó.

Agradecimientos: Le agradezco su colaboración y disposición para contestar mis preguntas. Si fuera necesario, ¿podría contactarla/o nuevamente para aclarar o complementar algunas de sus respuestas?

Instrumento 2

Diario de campo

| LUGAR DE LA ENTREVISTA : | | | | | | | FECHA: |
|-------------------------------|----------------------|--|---------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|
| Ginecólogo/a | Residente Ginecobst. | | Anestesiólogo | Médico General | Profesional Enfermería | Auxiliar Enfermería | Instrumentador Qx. |
| CÓDIGO ENTREVISTADO | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| SITUACIÓN: | | | | | | | |
| ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN | | | | ÁNALISIS, INTERPRETACIÓN, VALORACIÓN | | | |
| | | | | | | | |

Instrumento 3

Ficha de lectura

| | | |
|--|------------------------|--------------------------------------|
| FECHA | | Referencia bibliográfica web: |
| CÓDIGO INSTITUCIÓN | | |
| TÓPICOS E IDEAS PRINCIPALES TOMADAS DE LA LECTURA | | Palabras Clave |
| TÓPICO I | MISIÓN | |
| TÓPICO II | VISIÓN | |
| TÓPICO III | POLÍTICAS | |
| TÓPICO IV | MODELO DE SALUD | |
| Observaciones, reflexión y/o comentario final. | | |

Anexo II

Consentimiento informado

| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| TÍTULO DEL PROYECTO: Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 - 2016 | Versión: 1 | | |
| INVESTIGADOR PRINCIPAL: Juan David Arango Urrea DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dirección: Calle 9 A sur N° 82-30 apto 1002 Teléfono Domicilio: 5031059 Teléfono oficina: 2959000 ext. 9134 Celular: 3007780653 Correo electrónico: juanarango.u@gmail.com |  1803 FNSP | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE Nombre: Apellidos: <table border="1" data-bbox="789 974 1148 1052"><tr><td>CÓDIGO ENTREVISTADO</td><td></td></tr></table> | | CÓDIGO ENTREVISTADO | |
| CÓDIGO ENTREVISTADO | | | |
| LUGAR DE LA ENTREVISTA: ENTIDAD QUE RESPALDA EL ESTUDIO: Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia ENTIDAD PATROCINADORA: CODI SOCIAL – U DE A | | | |

La presente Investigación es un estudio realizado por un estudiante de la Maestría en Salud Pública, programa que está adscrito a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, bajo la asesoría de la profesora Magister Diana Patricia Molina cuyo teléfono de contacto es: 319248085 o en la oficina 204 de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia o en el correo electrónico: d.patricia.molina@hotmail.com

Consentimiento

Fecha:

Yo _____

identificado con documento de identidad N° _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por un estudiante de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. He sido informado (a) de los objetivos de este estudio y su justificación en los siguientes términos:

Me han informado que el objetivo de este estudio es: “Comprender los significados que tiene el personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones

establecidas durante la atención con las madres, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín”. Y que este estudio se justifica porque a partir de los resultados se podría contribuir a la generación de políticas públicas en las que los profesionales y técnicos de la salud podamos contar con escenarios propicios y condiciones laborales adecuadas que nos orienten a la construcción de un trato humanizado e integral a la madre, así como la promoción de formación especialmente sobre parto humanizado, Derechos sexuales y reproductivos, calidad y seguridad para la atención y cuidado en salud de una manera integral.

Me han indicado al mismo tiempo que yo como participante de esta Investigación soy libre de negarme a participar de la misma y tendré toda la libertad de retirarme de la investigación en cualquier momento y por ello no recibiré ninguna sanción o juicio.

He sido informado que en esta Investigación utilizarán como procedimiento una entrevista semi-estructurada, a través de la cual se ahondará en la experiencia sobre la atención que brindamos el personal asistencial a las mujeres en el momento del parto, así como otros asuntos relacionados tales como la formación académica que he recibido, el concepto que tengo sobre salud y educación para la salud, el rol institucional y las funciones que desempeño, así como mis condiciones laborales. También esta entrevista será un espacio propicio para narrar experiencias o historias vivenciales que hayan sido significativas para mí.

Me han aclarado que esta investigación difiere del contexto institucional y no es objetivo de la misma revisar los protocolos o guías de manejo clínico sobre la gestante. La única revisión realizada por el investigador será de tipo documental en la página oficial publicada en la web por la institución sobre el pensamiento filosófico de la institución (misión, visión, políticas y modelo de salud), sin embargo no será publicado mi nombre ni el de la institución y mucho menos habrá una relación pública y directa entre yo y la empresa donde laboro, he laborado o estoy haciendo mi residencia.

Al diferir de una investigación institucional se me ha informado que esta entrevista será realizada en mi tiempo libre y en un espacio tranquilo y silencioso que yo mismo he elegido y concertado con el investigador, pero que no podrá ser la institución donde desempeño mis labores. El lugar concertado es _____ en la dirección _____

Para cada sesión de entrevista el equipo investigador cubrirá los viáticos respecto a transporte para el desplazamiento y refrigerio por el valor que esto corresponda.

He sido enterado que en esta Investigación se incluirán: Personal del área asistencial en salud o estudiantes en nivel de residencia en Ginecobstetricia, laborar en un servicio clínico (Urgencias, Hospitalización, Sala de Partos y/o Cirugía) de una institución de salud de la ciudad de Medellín que atienda a la gestante en el proceso del parto, que tengan experiencia asistencial en el área

obstétrica como mínimo de tres meses. Y se excluirán estudiantes de otras profesiones o especialidades diferentes a la obstetricia, aunque tengan experiencia en el área obstétrica, Profesionales o técnicos que no deseen o no puedan realizar las entrevistas en un espacio diferente al de la institución donde de laboran y menores de 18 años.

Me han indicado también que se tendrá una o máximo dos sesiones para la entrevista, lo cual no tomará más de 90 minutos por sesión. Reconozco que me han notificado que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta Investigación sin mi consentimiento; es, decir que mi nombre nunca será colocado en ella, ni expuesto a la luz pública y que las entrevistas serán grabadas en formato electrónico para luego ser transcritas, las grabaciones serán conservadas bajo custodia de la profesora Diana Patricia Molina en computador localizado en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por un tiempo de cinco años a partir de la fecha de realización de la entrevista, pasado este tiempo las grabaciones serán eliminadas.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre este proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona o mis acudientes. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la profesora **Diana Patricia Molina** cuyos datos de contacto están al inicio de este documento. En caso de no ser posible dicho contacto o tener cualquier dificultad, irrespeto, falta de confidencialidad, incumplimiento de lo comunicado en este documento o violación a mis derechos humanos por parte del equipo investigador debo contactar lo antes posible al secretario en funciones de presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia a saber: **Esperanza Echeverry López** cuyos datos de contacto son: **Calle 62 No. 52 – 59** oficina. **232** Tel: **219 68 30** o en el correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Me han manifestado que esta investigación está basada en Principios Éticos de Respeto, Beneficencia- No Maleficencia y Justicia y que a pesar de que existe un riesgo mínimo, se espera no alterar mi salud física ni mental. Sin embargo en caso de presentarse algún efecto sobre mi salud física y mental o desencadenarse una crisis derivada del proceso investigativo me han indicado el protocolo a seguir para estos casos, el cual es: En primera instancia la contención de mi crisis a partir de una intervención por parte de una psicóloga que pertenece al equipo investigador y en caso de no superarse la dificultad seré orientado y acompañado en todo momento hacia los servicios de salud de mi IPS. Si esto llegase a suceder los investigadores me han manifestado que el proceso de entrevista no podrá retomarse, pero que seré acompañado hasta tener un parte médico de restablecimiento de mi salud.

Me han garantizado que puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de la entrevista, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación y con los resultados obtenidos de la misma, de una manera oportuna, eficaz, comprensible y, respetuosa. Además que seré invitado al final de la investigación a un evento académico en el que me harán la retroalimentación de los resultados obtenidos en este proceso y que tengo libertad de asistir o no ha dicho evento.

Finalmente me han aclarado que esta investigación no generará ninguna retribución material a mí como participante, es decir, en dinero, bienes, inmuebles u otra categoría que representa un valor económico y que por lo tanto será una investigación de carácter libre, altruista y voluntaria.

ASENTIMIENTO

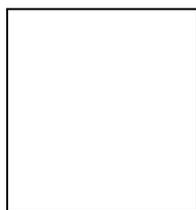
Después de leído completamente este documento y aclarado todas mis dudas e inquietudes por parte del investigador **SI** doy mi consentimiento para participar de esta investigación dentro de los términos expuestos en este documento. Al mismo tiempo que aclaro que no existe ningún conflicto de interés que puedan generar un sesgo o desviación en mis respuestas.

DISENTIMIENTO

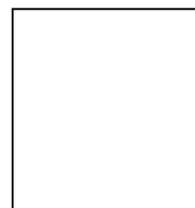
Después de leído completamente este documento y aclarado todas mis dudas e inquietudes por parte del investigador **NO** doy mi consentimiento para participar de esta investigación.

| |
|--|
| <p>PARTICIPANTE</p> <p>Firma del participante</p> <p>_____</p> <p>Documento de id.</p> <p>_____</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>INVESTIGADOR PRINCIPAL</p> <p>Firma del investigador</p> <p>_____</p> <p>Documento de id.</p> <p>_____</p> |
|--|



Huella índice derecho



Huella índice derecho