

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA
PÚBLICA DE PARTO RESPETADO EN POPAYÁN, CAUCA

CLAUDIA LORENA CASTRO MAÑUNGA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÌA EN POLÍTICA SOCIAL
SANTIAGO DE CALI-VALLE

2020

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA
PÚBLICA DE PARTO RESPETADO EN POPAYÁN, CAUCA

CLAUDIA LORENA CASTRO MAÑUNGA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en
Política Social

Directora del trabajo de grado: Elisa Jojoa Tobar
Enfermera, Especialista en Promoción de la Salud, Magister en Salud Intercultural y candidata a
Especialista en Enfermería Materno perinatal

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
SANTIAGO DE CALI-VALLE

2020

Santiago de Cali, 16 de noviembre de 2020

Doctor (a)

Silvio Borrero

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

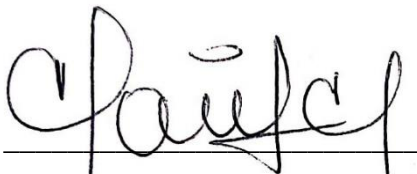
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE PARTO RESPETADO EN POPAYÁN, CAUCA “.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Claudia Lorena Castro Mañunga
C.C. No. 34.327.077 de Popayán.

Santiago de Cali, 16 de noviembre de 2020

Doctor (a)

Silvio Borrero

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE PARTO RESPETADO EN POPAYÁN CAUCA“, realizado por la estudiante de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Claudia Lorena Castro Mañunga, identificada con cedula de ciudadanía No. 34.327.077 expedida en Popayán, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



Elisa Jojoa Tobar

C.C. No. 34. 562.244 de Popayán.

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“Barreras y Facilitadores para la Construcción de una Política Pública de Parto Respetado en Popayán Cauca” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Política Social.



SILVIO BORRERO
Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Luis Fernando Aguado

Director Adjunto

Maestría en Política Social



Sandra Balanta Cobo

Jurado



Elisa Jojoa Tobar
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 01 de febrero de 2021.

Tabla de Contenido

1. Resumen, 12
2. Introducción, 14
3. Planteamiento del problema, 19
4. Justificación, 23
5. Objetivos, 25
 - 5.1. Objetivo general, 25
 - 5.2. Objetivos específicos, 25
6. Metodología, 26
7. Descripción conceptual de la violencia obstétrica como un subtipo de violencia de género, 28
 - 7.1. Definición de violencia obstétrica, 28
 - 7.2. Violencia obstétrica como violencia de género, 30
 - 7.3. Parto respetado y humanizado, 32
8. Políticas públicas en Colombia y América Latina, asociadas a la prevención de la violencia obstétrica y la garantía del derecho a un parto y nacimiento respetado y humanizado, 35
 - 8.1. Violencia obstétrica: marco legislativo en el contexto latinoamericano y nacional, 36
 - 8.2. Políticas públicas, género y salud en el contexto local, 41
9. Barreras y facilitadores para la construcción de una política pública por un parto y nacimiento respetados en la ciudad de Popayán, 43
 - 9.1. Contexto, 48
 - 9.2. Conceptualización, 50
 - 9.3. Red interinstitucional, 51

- 9.4. Rol de los profesionales involucrados, 52
- 9.5. Impacto de las condiciones laborales del talento humano en salud en los servicios de salud obstétricos, 57
- 10. Conclusiones y recomendaciones, 60
- 11. Recomendaciones, 63
- 12. Referencias bibliografías, 65
- 13. Anexos, 69

Lista de Figuras

	pág.
FIGURA 1. Principales dimensiones del abordaje de la violencia de género en el ámbito de la salud, 2012.	45
FIGURA 2. Necesidad de conocimiento/habilidades en prácticas asociadas a parto respetado	53
FIGURA 3. Nivel de aceptación de acompañamiento durante el parto y posparto	55
FIGURA 4. Infraestructura disponible y su relación con el acompañamiento durante el parto y posparto	56
Figura 5. Nivel de satisfacción del talento humano de los servicios de salud obstétricos con el tipo de contratación laboral	58

Lista de Tablas

	pág.
TABLA 1. Barreras y facilitadores	4

Lista de Anexos

	pág.
ANEXO 1. Marco político y normativo relacionado con violencia obstétrica y parto respetado en América Latina.	69
ANEXO 2: Encuesta a Personal de Salud. Barreras y Facilitadores para la Construcción de una Política Pública en la ciudad de Popayán	75

1. Resumen

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que se ejerce en el marco de los procesos de atención del embarazo, el trabajo de parto y parto, poniendo de manifiesto una vulnerabilidad de los derechos de la mujer. En el contexto nacional se carece de un marco legislativo que sancione y/o prevenga este tipo de violencia, de allí surge la necesidad que desde el contexto local se genere una política pública que contribuya a su intervención. La complejidad de esta problemática amerita un abordaje integral, interinstitucional, interdisciplinario y de movilización social, que posibilite garantizar un parto y nacimiento respetados. En este sentido, con el presente trabajo se buscó establecer las barreras y facilitadores para la construcción de una política pública sobre este tema para el municipio de Popayán. Para ello se partió de un análisis de derecho comparado entre la legislación Colombiana y la legislación de los países de América Latina sobre la violencia obstétrica y el parto respetado, se describieron los principales componentes conceptuales de la violencia obstétrica y su relación con la violencia de Género; finalmente, se realizaron entrevistas al personal de salud para explorar con ellos lo que serían las barreras y facilitadores para la construcción, identificando que una política de este alcance requiere de intervenciones que incluyen las condiciones laborales del talento humano de los servicios de salud obstétricos, de infraestructura, acción intersectorial y de formación y actualización del talento humano, entre otros, que permitan brindar a las mujeres e hijos, un parto y nacimiento respetados, se aplica una metodología mixta de tipo descriptivo con utilización de análisis de contenido, revisión documental, de autores y de fuentes secundarias, realizando encuestas a personal de salud que labora en los servicios de obstetricia.

Se identificaron como facilitadores la existencia de un marco jurídico internacional que respaldaría una iniciativa local entorno a una política sobre parto y nacimiento respetados, el incremento de información y acciones para el reconocimiento ciudadano de la violencia

obstétrica y la promoción del parto respetado y la voluntad política de las Secretarías de Salud y de la Mujer por liderar una política pública al respecto.

Como barreras se encontraron aspectos relacionados con la insatisfacción laboral del personal de salud, limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud obstétricos y un bajo nivel de conocimientos y apropiación de recomendaciones y normatividad vigente relacionada con el parto y nacimiento respetado.

Palabras Clave: Parto respetado, políticas públicas, violencia obstétrica, violencia de género.

2. Introducción

La construcción de políticas públicas en salud, inciden positivamente en la disminución de la pobreza y las desigualdades sociales, a su vez contribuyen a generar condiciones más equitativas de acceso a los servicios de salud permitiendo como lo propone Mintzberg y Jorgensen (1995) “materializar los derechos del bienestar, mejorando la calidad de vida, construyendo así una ciudadanía activa” (p.25). En la medida en que su éxito depende del compromiso y la acción de los actores institucionales y comunitarios.

A partir de la institucionalización del parto (segunda mitad del Siglo XX) como estrategia para disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, las mujeres perdieron el protagonismo y la autonomía de sus decisiones en un momento vital, debieron acatar las reglas establecidas por las instituciones de salud y someterse a las decisiones que sobre sus cuerpos han tomado los profesionales de salud, de este modo el parto se transformó en un “acto médico”, en el que se privilegia la medicalización de un proceso natural y biológico; en el parto institucional, la mujer no puede elegir la posición para parir, el tener acompañamiento, tomar bebidas o comidas, recibir medicamentos para el dolor etc. Es así como:

Las madres se han transformado en sujetos pasivos de sus propios partos, mientras la injerencia anatómica y el control biométrico de su dimensión corporal se convertían en norma. Se trata, en definitiva, de un auténtico patrón cultural de asistencia, caracterizado por la medicalización, el control biomecánico y la mecanización del proceso, atributos alimentados, a su vez, por toda una serie de ideologías y bases antropológicas de fondo como la biopolítica, el posthumanismo o el productivismo. (Hernández y Echevarría, 2014, p.327)

En respuesta a ello, han surgido en los últimos años iniciativas que promueven el parto respetado y humanizado considerado como:

Un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. (Vela, 2015, p.7)

El parto es un momento transformador en la vida de una familia, sobre todo para la mujer y el niño que está por nacer. El parto respetado se refiere a una modalidad de atención que contempla el respeto a los derechos de los padres e hijos por nacer (Gago, 2017). Su implementación en el marco de los procesos de atención del trabajo de parto y posparto, impactan positivamente la salud de la madre y su hijo en el corto y largo plazo.

El derecho a un parto y nacimiento respetado y humanizado, se ha visto vulnerado a través de actos que se constituyen en violencia obstétrica, la cual es una forma de violencia de género, de allí que es importante señalar que los derechos de las mujeres han sido acogidos en el concepto general de derechos humanos, y estos en tratados y acuerdos internacionales. En este sentido, se han establecido diferentes espacios a nivel internacional para abordar la violencia contra las mujeres, como por ejemplo la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, en la cual se declara que los derechos humanos de la mujer y de la niña, hacen parte íntegramente de los derechos humanos universales.

Posteriormente, en el año 1997, el Sistema de la Organización de Estados Americanos (OEA) incorpora el tema de las violencias contra las mujeres en su agenda pública, mediante la promulgación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar toda forma de Violencia contra la Mujer.

La violencia obstétrica comenzó a ser objeto de análisis y preocupación en Colombia entre 1992 y 1994 periodo en el que se documentan las primeras providencias relacionadas con lo que hoy conocemos como violencia obstétrica. A partir de estudios jurídicos Scaff (2014) en el proyecto de ley por el cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica se señalan algunos casos el primero es en el año 1992 (Exp. 6754, M.P. Carlos Betancur Jaramillo, Sección Tercera del Consejo de Estado) y el segundo en 1994 (pronunciamiento del Consejo de Estado, el 18 de abril de 1994, expediente 7973, M.P. Julio César Uribe Acosta, sentencia de 3 de mayo de 2007, exp. 16085, M.P. Enrique G) que evidencia aspectos relacionados con negligencia médica o fallas en el servicio asociadas a prácticas consideradas como violencia obstétrica que comprometieron la vida y salud de las madres y sus hijos.

Países como México, Venezuela y Argentina, cuentan con un marco legislativo que sanciona la violencia obstétrica desde el 2007; sin embargo, en Colombia este tema comenzó a ser de interés del legislativo solo desde el 2017, lo cual pone de manifiesto el interés del legislativo por intervenir sobre esta forma de violencia que transgrede los derechos de la mujer y profundiza la violencia de género; la iniciativa presentada en el Congreso no prospero, por lo tanto en Colombia aún no se reconoce legalmente este forma de violencia. En este sentido, al no ser una conducta sancionable en el ordenamiento jurídico colombiano, no solo se va en contravía a lo planteado y dispuesto desde los organismos internacionales y a los cuales el Estado colombiano está adscrito, sino que se genera un vacío en cuanto a la disposición de políticas de

prevención y control de dichas conductas en el mediano y largo plazo; por tal razón, una vía para poder avanzar en la garantía de los derechos de las mujeres entorno al parto, es comenzar a construir desde el contexto local, políticas públicas que favorezcan la adopción de las “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” OMS (2018), directriz de este máximo organismo internacional que contiene:

Un conjunto consolidado de recomendaciones nuevas y ya existentes sobre prácticas cruciales en el trabajo de parto y el parto que deben proporcionarse a todas las embarazadas y sus bebés durante el trabajo de parto y el parto, sea cual sea su entorno socioeconómico. En ella se promueve la aplicación de un conjunto de intervenciones para el trabajo de parto y el parto que son fundamentales para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias.

(p.2)

La implementación de estas recomendaciones y de otras normas y lineamientos ya definidos por el Ministerio de Salud y Protección social contribuirían a proteger los derechos de la mujer y su hijo en esta etapa sin embargo a la fecha aún sigue sin implementarse en su totalidad.

Bajo este contexto, en el presente trabajo se pretende reconocer las barreras y facilitadores para la construcción de una política pública de parto y nacimiento respetado en la ciudad de Popayán (Cauca), buscando que las iniciativas locales de este tipo puedan convertirse en un modelo a ser adoptado en los escenarios regional y nacional. Para el cumplimiento de dicho objetivo, se realizará una conceptualización de la violencia obstétrica, las formas en que se manifiesta y su vínculo con la Violencia de Género, posteriormente, se realizará un análisis de las políticas públicas en Colombia y América Latina, asociadas a la prevención de la violencia

obstétrica y la garantía del derecho a un parto y nacimiento respetado y humanizado, y finalmente, se realizarán entrevistas a los prestadores de salud, con el fin de identificar las barreras y facilitadores para la construcción de una política social y de salud pública en el contexto local, que garantice el derecho a un parto y nacimiento respetados, lo que se constituye en un insumo para su formulación, dada la voluntad política de la actual administración. Esta iniciativa contribuye al alcance de los propósitos de la Agenda Global (2015 – 2030) y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles 3 Salud y bienestar y 5 igualdad de género.

3. Planteamiento del Problema

Las variadas iniciativas que buscan garantizar los derechos humanos de las mujeres implementadas desde hace al menos dos décadas reflejan el compromiso que se ha asumido en diferentes áreas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, desde distintos contextos y espacios geográficos globales, regionales, nacionales y locales. (CEPAL, 2012). Estos espacios se han convertido en instrumentos jurídicamente vinculantes que establecen estándares adecuados para el reconocimiento del derecho de las mujeres a vivir una vida sin abusos, así como mecanismos de monitoreo y seguimiento a este tipo de violencia.

Teniendo en cuenta el contexto anterior las acciones legislativas, institucionales y de políticas públicas adoptadas por los estados latinoamericanos frente a las obligaciones asumidas en el marco de sus compromisos internacionales, se circunscriben en gran medida a intervenir algunas formas de violencia, las cuales se orientan a la violencia producida en el ámbito doméstico (tal como la violencia física, psicológica y sexual) y a la violencia patrimonial y económica. (Gherardi, 2017)

En Colombia la violencia de género es una problemática social, que no solo se ha profundizado en el ámbito urbano, sino que también se ha exacerbado en contextos de ruralidad, pobreza y conflicto armado. En este sentido, aunque se ha avanzado a nivel nacional en cuanto a legislaciones y normativas robustas para evitarla, sancionarla y erradicarla, aún no se abarca las violencias que socavan la autonomía de las mujeres en sus distintas dimensiones, tales como: las violencias en los procesos reproductivos que impactan en la autonomía física; violencias mediáticas y simbólicas reproducidas en el discurso público, que restringen la autonomía en la toma de decisiones; y violencias en ámbitos sociales, educativos y laborales, que limitan el

ejercicio de la autonomía económica de las mujeres. Una de estas formas de violencia desatendida desde el ámbito público es la violencia obstétrica definida como:

La violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de la mujer expresado en un trato jerárquico deshumanizado, el abuso en la aplicación de medicamentos y patologización de los procesos naturales, lo que conlleva a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad y resulta amenazante en la atención de la salud sexual, embarazo, parto y puerperio. (Belli, 2013, p.28) En consecuencia, se tiene a la violencia obstétrica como una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano. (Villaverde, 2006)

En el contexto colombiano este concepto es poco conocido tanto por las mujeres como por el personal de salud, sin embargo, es una vivencia cotidiana. Este tipo de violencia se manifiesta a través de:

Maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago en centros de salud (OMS, 2014, párr. 4).

La violencia obstétrica no solo viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física, la no discriminación y el mantenimiento y preservación de las prácticas de cuidado cultural.

En el contexto local se halló un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico; en el que se encontró que:

El 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones (Jojoa, et al, 2019, p.135).

En este mismo estudio Jojoa (2019) plantea que las mujeres gestantes adolescentes, mayores de 35 años, grandes multíparas, de bajo nivel socioeconómico y educativo y las pertenecientes a minorías étnicas tienen un mayor riesgo de vivir experiencias asociadas a violencia obstétrica. Otra investigación desarrollada con madres adolescentes en el contexto local mostro que el 76% (n=26) de las entrevistadas sufrió alguna forma de violencia obstétrica, lo que evidencia que existe una problemática que se oculta en las salas de parto y que impacta negativamente en la salud y en la vida de las adolescentes; se identificaron tres categorías de violencia obstétrica (violencia física, psicológica y simbólica), se encontró que prácticas como: los tactos vaginales, la episiotomía y la amniotomía se ejercieron de forma recurrente, interfiriendo en el ritmo propio del trabajo de parto.

La episiotomía es un proceso quirúrgico o corte entre la vagina y el ano, con el fin de agrandar el canal vaginal. Los estudios demuestran que este proceso no es necesario en más del 20% de los partos y como consecuencia causa dolor, aumento del sangrado y disfunciones sexuales a largo plazo. (Asociación el parto es nuestro, 2020); por otra parte la amniotomía es una práctica artificial que se realiza con el objetivo es acelerar y fortalecer las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. (Smyth, Markham y Dowswell, 2013). Estas prácticas deben ser selectivas y cumplir unos criterios ya definidos por la evidencia científica .

También se identificaron actitudes como regaños, burlas, ironías, amenazas, manipulación de la información, indiferencia frente al dolor, solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre los distintos procedimientos, entre otras. (Jojoa, et al, 2019)

Estos antecedentes investigativos, plantean la necesidad de impulsar en el contexto local, una iniciativa orientada a identificar los facilitadores y barreras, que permitan la construcción de una política pública que garantice un parto y nacimiento respetados, considerando que la vía legislativa para la sanción de la violencia obstétrica, no ha surtido un avance significativo en el contexto colombiano y que por el contrario, una política pública enfocada en el reconocimiento ciudadano e institucional del derecho a un parto y nacimiento respetados , tendría una mayor aceptación y participación de todos los actores involucrados, toda vez que sería una iniciativa propositiva y no punitiva como lo sería un abordaje desde el concepto de violencia obstétrica.

De acuerdo con el contexto planteado, la presente investigación, pretende responder a la pregunta: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la construcción de una política pública de parto y nacimiento respetado en el municipio de Popayán (Cauca)?

4. Justificación

Este proyecto parte de la importancia de reconocer que las problemáticas sociales no son solo un objeto de estudio de las políticas públicas, sino que su análisis se convierte sobre todo en una oportunidad de transformación, que para este caso busca mejorar las condiciones en la prestación de servicios de salud para las mujeres gestantes partiendo de la base de que

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. (OMS, 2014, párr.4)

En Colombia, la violencia obstétrica carece de un marco legal que pueda servir de soporte para sancionar o prevenir este tipo de violencia, sin embargo, algunos casos aislados han sido sancionados, pero no se dispone en los ámbitos jurídicos de herramientas para garantizar los derechos de las mujeres y familias gestantes. En este sentido, al no concebirse este tipo de violencia como conducta sancionable en el ordenamiento jurídico colombiano, no solo incumple cabalmente a lo planteado y dispuesto desde los organismos internacionales a los cuales el Estado Colombiano está adscrito, sino que se genera un vacío en cuanto a la disposición de políticas de prevención y control de dichas conductas, que en el mediano y largo plazo pueden disminuir, en efecto, esta forma de violencia de género.

En el 2017 se presentó el proyecto de ley 147 de 2017 *por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*, como un primer intento por sancionar las prácticas asociadas a este tipo de violencia, pero por su carácter especialmente punitivo, no tuvo acogida en el gremio médico y no logró avanzar en su trámite por el Congreso. (Scaff, 2014)

Así mismo para este mismo año se presentó el Proyecto de Ley 063 de 2017 *Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado*, la cual logró la aprobación en Cámara de Representantes, pero no avanzó su aprobación en el Senado de la República. (Rojas, 2017)

Por su parte, desde el Ministerio de Salud y Protección Social hay un número interesante de circulares, recomendaciones, políticas, guías de práctica clínica etc. que sirven de sustento para la adopción de prácticas de parto y nacimiento respetados, pero que no son implementadas plenamente por los prestadores de salud y los profesionales que laboran en estos servicios, de tal manera que al encontrarse una información tan atomizada en diferentes documentos que carecen en su mayoría del carácter de obligatoriedad, estas no se cumplen en la práctica.

Frente a este contexto, en donde desde el poder legislativo no se puede evidenciar un avance significativo que contribuya a la garantía de los derechos humanos de las mujeres y sus familias en el marco de la prestación de servicios de salud del trabajo de parto, parto y posparto; la construcción de una política pública que promueva el parto y nacimiento respetado y humanizado desde un contexto local, emerge como una forma de transformar la problemática que sobre violencia obstétrica se ha evidenciado desde los procesos investigativos y que se constituyen sólo como la punta del iceberg de la realidad que cotidianamente viven muchas de las mujeres y familias que transitan por la experiencia de maternar y paternar.

En consecuencia, el presente trabajo está encaminado a generar insumos para que los tomadores de decisión en el contexto local puedan avanzar en la construcción de una política pública que garantice un parto respetado y con ello la prevención, disminución y/o eliminación de la violencia obstétrica.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Determinar las barreras y facilitadores para la construcción de una política pública en el contexto local y nacional, que garantice el derecho a un parto y nacimiento respetados.

5.2. Objetivos Específicos

Describir conceptualmente la violencia obstétrica como un subtipo de violencia de género.

Explorar las políticas públicas en Colombia y América Latina, asociadas a la prevención de la violencia obstétrica y la garantía del derecho a un parto y nacimiento respetado y humanizado.

Examinar las barreras que comprometan la construcción de una política de parto y nacimiento respetado, desde la normatividad vigente y desde el personal de salud involucrado.

Identificar los facilitadores para la formulación de una política pública de parto y nacimiento respetado, desde la normatividad vigente y desde el personal de salud involucrado.

6. Metodología

Diseño: La presente investigación tuvo un enfoque descriptivo mixto (cuanti y cualitativo), con revisión de fuentes secundarias: análisis de contenido, documental y de autores y de fuentes primarias, realizando encuestas a personal de salud que labora en los servicios de gineco-obstetricia de Popayán.

Muestra: Dado que la encuesta sería enviada a través de correos institucionales y personales de trabajadores de la salud (enfermeros, ginecólogos, especialistas perinatales) de los hospitales de nivel primario y secundario de la ciudad de Popayán (sin especificar la institución como tal para proporcionar confianza en los encuestados) y redes sociales de profesionales de la salud, no se hizo cálculo de muestra como tal, sino que se trata de una muestra por convocatoria, donde la muestra sería el Universo de las encuestas respondidas completamente.

Muestreo: Por bola de nieve

Instrumento: Para la revisión documental sobre normatividad/políticas relacionadas con violencia obstétrica y parto respetado, se elaboró una matriz que contiene la siguiente información: Temática, ámbito de aplicación, nombre (del documento), tipo de documento, autores o fuentes, año, definición, sanciones, estrategias de intervención, fuente y país (Anexo 1). Esta matriz permitió condensar la información obtenida en la revisión documental y procesar con mayor precisión los alcances de los avances obtenidos en el contexto Latinoamericano.

Para identificar las barreras y facilitadores desde el personal de salud que labora en los servicios de salud obstétricos, se utilizó una encuesta elaborada por la investigadora principal en Google Forms, diseñada a partir de las dimensiones propuestas por Rojas, K., Fernández, A. y Gutiérrez, T. (2019), en relación a las principales dimensiones del abordaje de la violencia de género en el ámbito de la salud. Las dimensiones son: contexto, paradigmas de salud y violencia,

red interinstitucional, rol profesional e impacto en la vida profesional, realizándose un ajuste a la última dimensión propuesta en la que, para esta investigación, se denomina: Impacto de las condiciones laborales del talento humano en salud en los servicios de salud obstétricos.

La encuesta se estructuró de la siguiente manera: Sección 1, Consentimiento informado. 2. Identificación del cargo y tipo de prestador donde labora, 3. Población destinataria. 4. Talento Humano. 5. Prestación de los servicios.

Prueba piloto: El instrumento encuesta fue sometido a revisión por 3 expertos (3 profesionales de enfermería de servicios de ginecoobstetricia), quienes hicieron sus observaciones para ajustes de fondo y forma. Adicionalmente, se hizo la prueba piloto con un profesional de salud (enfermera), para afinar el instrumento en su versión final (ver anexo).

Recolección de la información: Se realizó el envío de la encuesta a través de correo electrónico de profesionales de la salud del área, quienes reenviaron a conocidos y demás colegas. Adicionalmente se utilizaron redes sociales para darle mayor alcance a diferentes profesionales, obteniéndose un total de 40 encuestas diligenciadas.

Procesamiento de la información: Se descargó el archivo de Excel que generan los formularios de Google forms, se hizo exploración y ajuste de la base de datos. Se realizó un análisis descriptivo de datos mediante frecuencias y porcentajes.

7. Descripción Conceptual de la Violencia Obstétrica como un Subtipo de Violencia de Género

7.1. Definición de Violencia Obstétrica

La Violencia Obstétrica es considerada como una forma de violencia de género, específicamente contra las mujeres, que constituye una violación a los derechos humanos; está relacionada con la acción u omisión por parte del personal de las entidades prestadoras de salud, que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto, la que se puede manifestar en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, deshumanizado o degradante, un abuso de medicalización, patologización de los procesos naturales, pérdida de la autonomía y capacidad de decisión, y privación del apego precoz.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2014) considera que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos (párr.5).

De igual manera, la violencia obstétrica es definida por Villegas (2009) como:

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

Por su parte, Belli (2013) la define como:

La violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de la mujer expresado en un trato jerárquico deshumanizado, el abuso en la aplicación de medicamentos y patologización de los procesos naturales, lo que conlleva a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad y resulta amenazante en la atención de la salud sexual, embarazo, parto y puerperio (p.28).

Dentro de la misma se observan diferentes maneras de ejercerla: física y psicológica, simbólica y sexual. La primera refiere a la realización sobre la mujer de prácticas médicas invasivas o injustificadas, no respetándose los tiempos ni las posibilidades del parto vaginal. Por otro lado, la violencia psicológica involucra el trato deshumanizado (discriminación, humillación, entre otras) cuando se requiere atención, asesoramiento o durante el proceso de parto. También es violencia obstétrica la omisión de información, donde se deja por fuera de las actuaciones profesionales las decisiones de la mujer sobre los procesos o procedimientos del equipo de salud. (Echeverry, 2018)

Por su parte, la violencia simbólica es definida por Bourdieu y Passeron (Peña, 2009)

Como una acción que se ejerce sobre los individuos con su propia complicidad, incluso de modo inconsciente. Hay una gama muy amplia de formas como se puede ejercer tal violencia simbólica y cada campo es un lugar de ejercicio de la violencia social. Así, los sistemas culturales funcionan como una matriz simbólica de las prácticas sociales y se constituyen en el fundamento de una teoría del poder, de la reproducción de la dominación. (p. 68)

Por otra parte, la violencia sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud en el año 2013 como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (OMS, 2013, p.2)

Si bien esta forma de violencia en el marco de la atención obstétrica, no es muy frecuente o muy poco documentada, resulta indignante e inadmisibles.

7.2. Violencia obstétrica como violencia de Género

Como se manifestó anteriormente, la violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada a las mujeres de distintas maneras dentro de la gestación, parto y postparto. La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de la falta de programas o políticas públicas de parto respetado y humanizado, sino que se trata de una forma más de violencia de género, lo que se traduce en que se infantiliza a las mujeres tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero socialmente estos vejámenes a los que son sometidas las mujeres aparentemente son muy normales y aceptados, con lo que se acentúa la invisibilización de esta problemática; ahora bien, es preciso decir que este tipo de violencia se convierte en una conducta que vulnera los derechos humanos de las mujeres, pero que al no estar tipificada, ni documentada en Colombia, es muy difícil de reconocer por las usuarias de los servicios obstétricos e incluso por los prestadores de salud, lo que conlleva a que las vivencias entorno a este tipo de violencia solo se conozcan a través de los procesos investigativos realizados sobre el tema, pues no existe ninguna entidad que se encargue de recepcionar casos como estos.

Es preciso señalar que la violencia obstétrica comenzó a ser objeto de análisis y preocupación por parte de organizaciones de mujeres en años recientes, acrecentada por la

institucionalización de la atención de la gestación y del parto y una mayor difusión de los derechos sexuales y reproductivos. La atención del parto y del puerperio se convirtió en una práctica médica, sujeta a los protocolos de atención general de los pacientes, en un contexto en donde la mujer pierde todo el protagonismo y autonomía sobre este hecho vital.

Belli (2013) se refiere a la institucionalización del parto, como un lugar “donde se ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho” (p. 26). Se consolida así la relación asimétrica de poder en la cual, el conocimiento médico y científico hace a un lado el saber y las experiencias de las mujeres, estableciendo así, un claro orden jerárquico y descalificando a las mujeres como sujetos de derecho, perdiendo su autonomía y capacidad de decisión.

A nivel internacional también se reconoce la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género y violación de derechos fundamentales, en este sentido, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) publicó las *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. Este documento, formulado desde un enfoque de justicia social establece las bases para realizar un trabajo desde una perspectiva de derechos humanos encaminada a evitar la mortalidad materna y la violencia obstétrica (Gherardi, 2016).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 difundió una declaración para la *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. La OMS reconoce que cuando las mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto no sólo se violan sus derechos humanos, sino que además se amenazan sus derechos fundamentales a la vida, la salud, la integridad física,

menoscabando su derecho a la no discriminación. En esta declaración, la OMS plantea un accionar más activo, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y derechos humanos. (OMS, 2014)

En consecuencia, la violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de género y puede llegar a constituir una grave vulneración de derechos humanos que se invisibilizan; en este sentido, es importante la puesta en marcha de un programa o política pública en relación al parto respetado y humanizado, que permita visibilizar que las conductas violentas durante la gestación parto y posparto de las que son víctimas las mujeres existen, y que el Estado está obligado a tomar medidas para prevenirlas y/o erradicarlas. En ese sentido la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres cometida por el personal de salud de entidades públicas y privadas, que constituye una violación a los derechos fundamentales.

7.3. Parto Respetado y Humanizado

El origen del término *humanización de la atención al parto* se remonta al año 2000, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto LUZ, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en Brasil, en donde el concepto de “humanización”, se definió como:

Un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas. (CIHP, 2000, s.p)

Desde entonces han emergido otras denominaciones desde la academia, pero especialmente desde los movimientos de mujeres como por ejemplo de la organización española *El Parto es Nuestro* que consideran que un Parto Respetado, es un acto en el cual la mujer ha podido elegir, se siente segura, confía en su cuerpo, y el profesional que le atiende, además de conocer y respetar la fisiología femenina, conoce los riesgos de las intervenciones y no las practica de forma injustificada. Pero es también un profesional que sabe escuchar, y detectar si hay algún problema, y si verdaderamente lo hay, sabe informar e intervenir de la mejor manera. En definitiva, conseguir un parto respetado depende más de la filosofía y mentalidad del profesional que atiende que del lugar donde el parto se desarrolle. (Asociación el Parto es Nuestro, s.f.)

Para la UNICEF (2019), el término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia al

Respeto a los derechos de las madres, los niños y niñas y sus familias en el momento del nacimiento. Promueve el respeto a las particularidades de cada familia - etnia, religión, nacionalidad -, acompañándola a través de la toma de decisiones seguras e informadas. El parto respetado implica generar un espacio familiar donde la mamá y el recién nacido/a sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Cuando hablamos de parto respetado nos referimos a que la mujer siga su propio pulso de parto evitando todo tipo de intervenciones innecesarias, así como a decidir la forma de controlar el dolor durante el parto. (Unicef, 2019)

En el estudio de Misago y Kendall (como se citó en Garrido 2017), “se afirma que para poder humanizar la atención al parto es necesario “*empoderar*” a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado”. (p.66)

Por su parte, Ley No. 25.929 (2004) de Argentina hace referencia al parto humanizado y en su artículo 2, establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, esta norma se centra en brindar a las mujeres el goce efectivo de un parto humanizado y tiene una finalidad sancionatoria, en contra de los profesionales de salud e instituciones que ejerzan violencia obstétrica.

En general, existe un consenso respecto a las definiciones planteadas en torno a este concepto: privilegia la decisión y autonomía de la mujer respecto a dónde, cómo, y con quién parir; favorece los tiempos y ritmos biológicos del parto; considera los aspectos emocionales, culturales y espirituales; y cambia el rol protagónico que hasta ahora han tenido los profesionales de salud en el contexto hospitalario.

Por su parte la OMS (2019) se refiere a este concepto como “experiencia de parto positiva” y la considera como aquella que

Cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.1).

Este último documento plantea 56 recomendaciones al personal de salud para garantizar una experiencia de parto positiva, sin embargo, aún estas no han sido plenamente ni divulgadas ni incorporadas en los procesos de atención del parto en el contexto colombiano.

8. Barreras y facilitadores desde la Normatividad vigente

Teniendo en cuenta el contexto descrito anteriormente, en los últimos años se han suscitado distintas movilizaciones sociales, especialmente desde las organizaciones de mujeres las cuales han manifestado el rechazo de las diversas formas de violencia de género, respecto de la violencia obstétrica, se destacan los procesos de incidencia que han tenido las organizaciones de mujeres en Argentina, Chile, México y Colombia; que han contribuido a poner en la agenda pública una problemática cotidiana que ha sido invisibilizada y que apenas hasta ahora ha comenzado a tener interés en la rama legislativa del contexto Latinoamericano. En Colombia se destaca el proceso del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva que desarrolla entre otras iniciativas: activismo entorno al tema, acompañamiento jurídico a casos de violencia obstétrica, articulación de procesos investigativos y repositorio de los mismos y participación activa en la construcción del proyecto de Ley de parto Humanizado y Respetado.

Por su parte, las acciones legislativas institucionales y de políticas públicas adoptadas por los países latinoamericanos frente a las obligaciones asumidas en el marco internacional se han incrementado gradualmente, en la medida en que cada vez los organismos internacionales han comenzado a generar informes y evidencias científicas sobre el tema, los procesos de movilización social de las organizaciones de mujeres se han fortalecido y por el hecho de que cada vez hay más información disponible sobre este tipo de violencia. La siguiente revisión da cuenta de los avances en este contexto respecto a las normas sancionatorias frente a la violencia obstétrica y la promoción del parto respetado.

8.1. Violencia obstétrica: marco legislativo en el contexto Latinoamericano y nacional

Dentro de la legislación en gran parte del mundo, la Violencia Obstétrica aún no es considerada como un tipo de violencia y, por ende, no existen entes reguladores o sanciones específicas para esta problemática. La revisión bibliográfica realizada en el marco de la presente investigación encontró que, en Latinoamérica, países como Argentina, México y Venezuela, reconocen en su legislación a la Violencia obstétrica como un tipo de violencia de género.

Es así como en Venezuela la Ley No. 38.668 o Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007) en el cual, en su artículo 15, inciso 13 establece:

Se entiende por violencia obstétrica 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. (p.9)

Por otro lado, en su artículo 52 señala: Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años. (...). (Ley No. 38.668, 2007, p. 20).

Por su parte, en Argentina existe la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, donde se define en el artículo 6 la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de

conformidad con la Ley 25.929” (Ley No. 26.486, 2009), la cual hace referencia al parto humanizado y establece una serie de sanciones para los profesionales e instituciones que presten servicios de salud por el incumplimiento de sus funciones, sin embargo, no hay una sanción específica para quienes ejercen la Violencia Obstétrica.

Al respecto, el Estado Plurinacional de Bolivia, aunque sin denominar la Violencia Obstétrica en los términos anteriores, en la ley 348 integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, en el artículo 7. Inciso 8 (tipos de violencia contra las mujeres) establece:

Violencia contra los derechos reproductivos. es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros (Ley N° 348,2013). (Anexo 1)

Por otra parte, en México estado de Chiapas, en el código penal se establece en el artículo 183,

Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad (Código Penal de Chiapas, 2007).

De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer adoptada en Belém do Pará, Brasil, en 1994, en donde se formalizó la definición de la violencia contra las mujeres como una

violación de sus derechos humanos, y teniendo en cuenta que el Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), se recomendó a los Estados “adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica” estableciendo

Por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva (MESECVI, 2012. p. 42).

Estas recomendaciones han contribuido a que diferentes países de América Latina hayan comenzado a abordar la violencia obstétrica e incorporarla en sus marcos normativos.

Al realizar el análisis desde la perspectiva del derecho comparado se observó que en muchos países que comenzaron a incorporar el concepto de violencia obstétrica en sus marcos normativos, se penaliza la violencia obstétrica, incorporando un tipo penal antes que regulaciones de tipo civil o administrativo, otras hacen referencia a normatividad que regula a las organizaciones de los servicios de salud y los mecanismos para contrarrestar la violencia obstétrica, incluyendo mecanismos que le permitan a las mujeres tener una gestación y parto respetado.

La incorporación de acciones que sancionen la violencia obstétrica en la legislación latinoamericana atiende a las múltiples manifestaciones de violencia contra la mujer, basadas en relaciones desiguales desde punto de vista de género; de igual manera, enmarca la violencia obstétrica en las regulaciones que especifican los derechos de las mujeres en relación con la gestación, parto y posparto, implementando sanciones/decisiones estratégicas que permiten minimizar las conductas constitutivas de violencia obstétrica, enmarcadas en los derechos de las pacientes, en el derecho a una vida libre de violencias y en la equidad de género.

En el caso de Colombia no se ha legislado específicamente sobre la Violencia Obstétrica, sin embargo se han tenido adelantos normativos que buscan contrarrestar la violencia contra la mujer. Es decir, se han establecido leyes de protección integral contra distintas formas de violencia. Estas regulaciones incluyen normatividad vigente que cubre otros tipos de violencia principalmente la intrafamiliar, considerada como la más recurrente y que reúne el mayor número de políticas públicas dedicadas a su atención.

A nivel nacional como norma integral de lucha contra la violencia contra la mujer se estableció la Ley 1257 de 2008, la cual tiene por objeto

La adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Sin embargo, en esta no se contempla la violencia obstétrica como violencia de género y por consiguiente como acción que violenta los derechos fundamentales de la mujer en la etapa de gestación, parto y posparto.

Atendiendo a la norma anterior, cuando se hace referencia a los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico internacional, encontramos que, dentro de los pactos y tratados internacionales sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario que forman parte del bloque de constitucionalidad, tal y como se expresa en la Constitución Política de 1991 en sus artículos 93 y 94, los cuales rezan:

Artículo 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de

excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Artículo 94. La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ello (s.p)

La Constitución Política de Colombia, en el artículo primero establece el principio de la dignidad humana, que implica el reconocimiento de las mujeres como titulares de derechos en igualdad de condiciones de los hombres, en el marco de un Estado Social de Derecho que tiene como objetivo principal garantizar una vida digna de todos los habitantes del territorio Colombiano; entendido el concepto de dignidad de las mujeres, como el derecho a tener una gestación y parto respetado, lo que de manera indirecta hace referencia a que en la etapa de gestación parto y postparto, las mujeres tienen derecho que el Estado les brinde las garantías necesarias para no ser víctimas de violencia obstétrica.

No se desconoce que las leyes integrales establecidas en Colombia muestran un creciente detalle en la conceptualización de nuevas formas de violencia, sin embargo los esfuerzos por diseñar políticas públicas específicas dirigidas a la prevención, sanción y erradicación a la violencia obstétrica han fracasado cuando estas han sido presentadas vía Congreso de la Republica *Proyecto de Ley 147/2017, por medio de la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*; esta iniciativa tuvo una importante oposición del gremio médico, especialmente de los ginecobstetras, toda vez que tenía un carácter especialmente punitivo y no contó con la participación o consulta a este gremio. Esta iniciativa no presentaba estrategias de intervención sobre las causas estructurales de la violencia obstétrica tales como la

tercerización laboral del personal de salud, las limitaciones en infraestructura que no favorecen el acompañamiento a la gestante por familiar significativo, la formación del personal de salud ni la sobrecarga laboral que existe en los servicios de ginecología y obstetricia, entre otras acciones fundamentales. Sin embargo, es importante señalar que a pesar de que este primer intento fracasó, se logró sentar un precedente que permite evidenciar los vacíos legislativos que hay al respecto y la necesidad de legislar sobre el tema. Por su parte, organizaciones sociales como el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, siguen buscando otras vías que permitan que en Colombia se reconozca la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, que se sancione, pero principalmente que se generen estrategias para su prevención y eliminación.

8.2. Políticas Públicas, Género y Salud en el Contexto Local.

Desde el contexto local de la ciudad de Popayán (Cauca), dentro de las líneas estratégicas encaminadas al Desarrollo humano y al cumplimiento de los objetivos de Desarrollo Sostenible, se evidencia que en el Plan de Desarrollo (2020-2023) dentro del componente de Salud se plantean proyectos, programas, subprogramas y estrategias relacionados con temas de salud sexual y reproductiva, en particular el proyecto *Atención Integral En Salud, Un Derecho*, así mismo, dentro del programa *Todos participamos cuidando nuestra salud* en el subprograma *Mi sexualidad, mi responsabilidad* se pretende generar responsabilidad de manera individual y colectiva de modo que se logren reconocer los derechos sexuales y reproductivos y se alcance su garantía. (Alcaldía de Popayán, 2020)

El Plan de Desarrollo identifica las principales implicaciones asociadas a fallas en los procesos de atención en la salud sexual y reproductiva a nivel individual, familiar y comunitario en el municipio de Popayán entre las que se encuentran: la mortalidad perinatal, el embarazo en

adolescentes y la violencia basada en género, planteándose el subprograma *Porque yo cuento*, con el cual se pretende disminuir los índices de morbilidad y mortalidad existentes, además este se dirige hacia la población vulnerable en el cual se pretende proporcionar procesos eficientes en la atención en salud, desde la garantía de derechos. (Alcaldía de Popayán, 2020)

Por otra parte, en el componente Mujer, articulado con el ODS 5 - Igualdad de Género, se establece que en el Municipio de Popayán el 42,2% de las mujeres encuestadas han tenido acceso a información sobre prevención y atención a mujeres víctimas de violencias basadas en género, mientras que el 57,8% restante no ha tenido acceso a esta información, entendiéndose la violencia de género en su sentido más amplio, proponiendo el programa *Prevención y atención de violencias basadas en género y territorios seguros para mujeres y niñas*. (Alcaldía de Popayán, 2020)

Dentro de la estructura Municipal, encontramos la Secretaría de la Mujer que tiene como objetivo

Liderar, dirigir, coordinar, articular y ejecutar las etapas de diseño, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas para las mujeres a través de la articulación intra e intersectorial, territorial y poblacional de estas políticas públicas, así como de los planes, programas y proyectos con enfoque de género que permitan la garantía y ejercicio pleno de los derechos humanos y el fomento de las capacidades y oportunidades de las mujeres. (Alcaldía de Popayán, 2020)

Dentro de esta dependencia se plantea una política pública de Equidad de Género en el Municipio de Popayán, encaminada al mejoramiento de la calidad de vida en cuanto a salud, violencias y participación, que se enfoquen además en la protección y restitución de los derechos

de las mujeres para potencializar el desarrollo integral de las mismas, el cual se basa en los principios de equidad, dignidad, autonomía, igualdad, corresponsabilidad y participación.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar que actualmente no se encuentra estrategias, programas o proyectos que se dirija directamente a la violencia obstétrica y/o parto respetado, sin embargo, es importante destacar la voluntad política tanto de la Secretaria de Salud Municipal como de la Secretaria de la Mujer, por apoyar iniciativas específicas encaminadas a promover un parto y nacimiento respetados.

9. Barreras y Facilitadores para la Construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados desde el personal de salud involucrado.

Las barreras y los facilitadores en el abordaje de los problemas de salud pueden ser definidos como “factores que bloquean o facilitan, total o parcialmente, la implementación de la cambios en la práctica profesional” (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009) o institucional en la atención e intervención de una problemática socio-sanitaria; la identificación de los mismos permitirán explorar las posibilidades de éxito o fracaso de una política pública , en este caso, relacionada con la garantía del derecho a por un parto y nacimiento respetados como estrategia integral y de acción interinstitucional y comunitaria para prevenir y erradicar la Violencia Obstétrica, inicialmente con un impacto desde lo local pero que sin duda podrá tener alcances en el contexto regional y nacional.

La revisión documental del marco legislativo muestra que se presentan barreras jurídicas en el contexto colombiano, pero también se pudieron identificar oportunidades desde el marco legislativo internacional. Entre las características bibliométricas resultantes de la búsqueda del marco legislativo internacional y nacional se destacan los siguientes resultados:

Se rescataron 14 documentos de los cuales el 65% estaban relacionados con normas/políticas sobre violencia obstétrica y el 35% sobre parto respetado. El 29% tenían un ámbito de aplicación internacional, 57% del ámbito nacional y un 14% del ámbito local. Respecto al año de publicación se encontró que: 1 una publicación se realizó en 1994, 29 % en el periodo 2000 – 2009 y un 70% en el periodo 2010 a 2019, lo que evidencia como se ha venido incrementando significativamente el interés legislativo sobre el tema. Según el país de publicación: 29% de Argentina, 3% México, 2% de Colombia, 1% de Venezuela y 29 % son recomendaciones de organismos internacionales.

La aplicación de una política pública clara, pertinente y efectiva, puede contribuir a mitigar o eliminar esta problemática, para ello resulta de suma importancia conocer cuáles son las barreras y facilitadores que el personal de salud puede identificar en relación a la construcción de una política pública entorno al tema. Respecto a la encuesta aplicada a 40 personas que laboran en servicios de salud obstétrico de la ciudad de Popayán, se destacan a nivel general los siguientes resultados: El 98% de los participantes fueron enfermer@s y el 2% ginecobstetras. Respecto al tipo de prestador, el 67,5 laboran en hospitales de II y III nivel y el 32,5% en hospitales de I nivel.

Se ha considerado presentar las barreras y facilitadores, de acuerdo a las dimensiones propuestas en el trabajo de Rojas, K., Fernández, A. y Gutiérrez, T. (2019), realizando un ajuste a la última dimensión propuesta en la que, para esta investigación se denomina: Impacto de las condiciones laborales del talento humano en salud en los servicios de salud obstétricos.

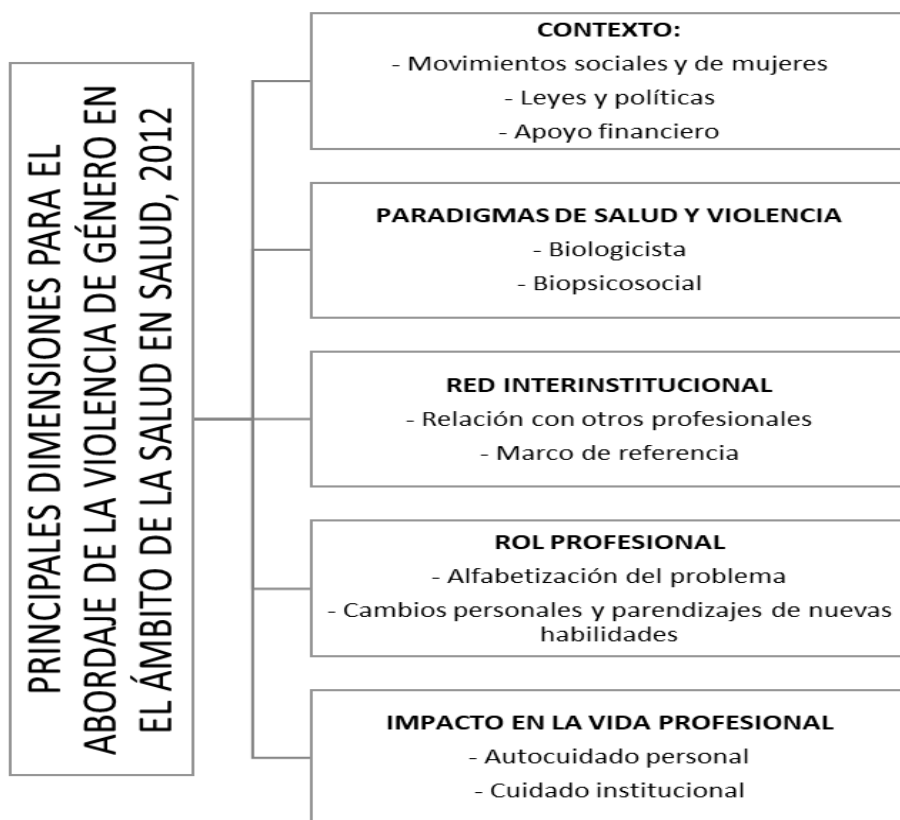


Figura 1. Principales dimensiones del abordaje de la violencia de género en el ámbito de la salud, 2012.

A partir de la investigación documental y la encuesta aplicada al talento humano en salud que labora en los servicios obstétricos de la ciudad de Popayán, las siguientes son las principales barreras y facilitadores identificados:

Tabla 1

Barreras y facilitadores

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>BARRERAS</i>	<i>FACILITADORES</i>
<i>1.CONTEXTO</i>	Ausencia de una legislación y políticas públicas frente a la Violencia Obstétrica en el contexto colombiano. Carencia de políticas institucionales en el contexto local que garanticen un parto y nacimiento respetado. Bajo nivel de reconocimiento ciudadano a la Violencia	Existencia de un marco jurídico internacional que reconoce la Violencia Obstétrica. Existencia de recomendaciones para los actores del sistema de salud relacionadas con la atención de un parto respetado y humanizado.

	<p>Obstétrica, como un problema de salud pública.</p> <p>Falta de inclusión en el Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, de la Violencia Obstétrica como una de sus formas, que permita establecer los indicadores para su medición.</p>	<p>Movilización social nacional e internacional desde las organizaciones de mujeres para visibilizar la Violencia Obstétrica y promover el parto respetado, con el propósito general de transformar los imaginarios, creencias y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica y la legitiman como una forma de violencia de género.</p>
<i>2.CONCEPTUALIZACIÓN</i>	<p>Bajo nivel de apropiación de los conceptos de Violencia Obstétrica y de parto respetado por parte del personal de salud y de las mujeres y familias gestantes.</p>	<p>La amplia divulgación de los derechos sexuales y derechos reproductivos a la comunidad en general.</p> <p>Incremento de información sobre violencia obstétrica y parto respetado.</p>
<i>3.RED INTERINSTITUCIONAL</i>	<p>Apropiación parcial de la evidencia científica actualizada y de las recomendaciones de la OMS sobre una experiencia de parto positiva en la academia y las instituciones de salud.</p> <p>Ausencia de procedimientos de coordinación y seguimiento a la implementación de la normatividad vigente asociada a la atención del parto y nacimiento respetado y humanizado</p>	<p>Los actores institucionales comparten un marco común de referencia sobre la violencia, el género, el paradigma de salud y los derechos humanos</p> <p>La inclusión en el presupuesto de servicios de atención primaria de salud de actividades para la prevención de la violencia y promoción de la salud, considerando que los centros de salud son la puerta de entrada al sistema sanitario y es donde acuden habitualmente las mujeres en situación de maltrato.</p> <p>La movilización social para prevenir las violencias de género.</p> <p>La construcción de rutas</p>

4.ROL DE LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS

Falta la elaboración y la difusión de protocolos sanitarios institucionales para prevenir la Violencia Obstétrica.

intersectoriales de atención integral a la gestante.

Reconocer a las personas que trabajan en la red de atención.

Cursos de formación y sensibilización a profesionales sanitarios y la elaboración de materiales divulgativos.

Compromiso profesional

Aprendizaje de nuevas habilidades.

El fortalecimiento y la actualización al personal y de las instituciones de salud, fomentando una atención digna, respetuosa y efectiva a las gestantes.

Incidir en las instituciones para que revisen, ajusten e implementen sus políticas internas, desde los enfoques de derechos humanos, género y diferencial, en la atención del parto respetado.

5.IMPACTO EN LA VIDA PERSONAL

Falta de fortalecimiento de acciones y rutas que beneficien a las víctimas de Violencia Obstétrica y que empoderan a la comunidad en el reconocimiento y exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos, como parte de sus derechos fundamentales..

Estrategias de autocuidado en la gestante.

Comunicación y movilización social para la prevención de la Violencia Obstétrica a partir de procesos de construcción colectiva en el contexto local donde participan tanto organizaciones de la sociedad civil como las entidades con competencias en el abordaje de las violencias de género.

9.1. Contexto

Para la presente investigación, el contexto será entendido desde el marco jurídico internacional, regional y local como la base que sustente desde lo normativo una política pública construida desde el ámbito local.

Desde la revisión documental, se identifican como barreras: Ausencia de una legislación y políticas públicas frente a la Violencia Obstétrica en el contexto Colombiano. Carencia de políticas institucionales en el contexto local que garanticen un parto y nacimiento respetado. Bajo nivel de reconocimiento ciudadano a la Violencia Obstétrica, como un problema de salud pública. Falta de inclusión en el Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, de la Violencia Obstétrica como una de sus formas, que permita establecer los indicadores para su medición.

A pesar de los avances que en materia legislativa se han tenido en el contexto Internacional y Latinoamericano, el hecho de que en Colombia no haya una legislación que sancione la violencia obstétrica, obstaculiza su reconocimiento como problema de salud pública y por ende no existen mecanismos desde los procesos de vigilancia epidemiológica que posibiliten su medición e impactos en el corto, mediano y largo plazo en las mujeres y sus hijos. Así mismo y a pesar de la evidencia científica que respalda las prácticas asociadas al parto respetado, estas no han sido plenamente incorporadas en los procesos de atención.

Respecto a los facilitadores del contexto, se identifican: Existencia de un marco jurídico internacional que reconoce la Violencia Obstétrica. Existencia de recomendaciones para los actores del sistema de salud relacionadas con la atención de un parto respetado y humanizado. Movilización social nacional e internacional desde las organizaciones de mujeres.

El reconocimiento de la violencia obstétrica por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas (ONU), la UNICEF, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, entre otros; sienta las bases para que desde lo local se pueda avanzar en la movilización de los actores involucrados hacia la intervención de una problemática que ya ha sido evidenciada desde las investigaciones que sobre este tema se han realizado en la ciudad (Jojoa et al, 2019).

Así mismo, la construcción de una política pública por un parto y nacimiento respetados contribuiría de una vez por todas a consolidar en una sola herramienta las recomendaciones que, sobre parto respetado, se encuentran en diferentes instrumentos normativos del sector salud (directrices, circulares, recomendaciones, políticas, guías de práctica clínica etc).

En este proceso es fundamental el rol que han venido desempeñando las organizaciones sociales de mujeres en el contexto internacional y nacional respecto a la visibilización de la violencia obstétrica, pues la participación de las mismas en el contexto local y las experiencias exitosas de estos procesos, contribuyen a que desde lo local se fortalezcan iniciativas de las organizaciones de mujeres para garantizar su efectiva participación y empoderamiento de las iniciativas que surjan y que contribuyan a la garantía de un parto y nacimiento respetados.

Al respecto en la encuesta realizada al personal de salud se les preguntó: ¿Cuál cree que sea el nivel de participación de las mujeres en edad reproductiva y sus parejas en la construcción de una política pública por un parto y nacimiento respetados? frente a la cual el 87, 5% de los entrevistados, considera que su nivel de participación será bajo, respuesta que puede ser explicada considerando que para muchas mujeres el concepto de violencia obstétrica les resulta ajeno aun cuando la hallan vivido, lo que implica que para la construcción de una política de este tipo, se debe incrementar la visibilización de una violencia que hasta ahora ha sido normalizada y

por otra lado, empoderar a las organizaciones locales de mujeres sobre la necesidad de participar en el proceso.

9.2. Conceptualización.

Esta investigación asume la conceptualización como la apropiación que sobre los conceptos de violencia obstétrica y parto respetados tiene el personal de salud encuestado.

Se identifica como una barrera el bajo nivel de apropiación de los conceptos de Violencia Obstétrica y de parto respetado, toda vez que se encontró que el concepto de este término es asociado en un 95% con aspectos relacionados con la violencia psicológica (Maltrato verbal) y en menores porcentajes con la violencia física, la vulneración de los derechos de la mujer en gestación, el desconocimiento de las creencias culturales de la gestante, y abuso de la medicalización de un proceso natural, la falta de capacitación continua en seguridad del paciente, la capacitación al personal en humanización y la sobre carga laboral del personal.

Lo anterior pone de manifiesto cómo las otras formas en que se manifiesta la violencia obstétrica no son reconocidas por el personal de salud y por lo tanto surge la necesidad de incluir procesos de sensibilización frente al tema.

Con respecto al concepto parto respetado, el 50% lo asocian con una menor medicalización del proceso biológico del parto; un 30% con aspectos relacionados con un abordaje de los aspectos emocionales de la mujer (dolor, ansiedad, miedo); y el otro 20% con aspectos como información sobre sus derechos, permitir el acompañamiento continuo de la pareja en el proceso, abstenerse de la realización de la maniobra de Kristeller y de la episiotomía, entre otros. Este resultado plantea a su vez el bajo nivel de apropiación que desde la práctica se tiene sobre este concepto, pues si bien hay algunas prácticas que son asociadas al concepto de

parto respetado, estas se presentan muy desarticuladas respecto al alcance que tiene dicho concepto.

9.3. Red interinstitucional.

Hacen referencia a los diferentes actores institucionales desde cada una de sus competencias, pueden participar en la construcción y operativización de la política pública.

Entre las barreras identificadas se encuentran: Apropiación parcial de la evidencia científica actualizada y de las recomendaciones de la OMS sobre una experiencia de parto positiva en la academia y las instituciones de salud y la ausencia de procedimientos de coordinación y seguimiento a la implementación de la normatividad vigente asociada a la atención del parto y nacimiento respetado y humanizado.

A pesar de que los entrevistados refieren la realización de jornadas de actualización sobre las recomendaciones de la OMS, los actuales protocolos institucionales distan mucho de su efectiva incorporación en los procesos de atención. Así mismo, a pesar de las competencias definidas para los diferentes actores del sistema de salud con relación a los procesos de atención del embarazo, parto y posparto, se evidencian muchos reprocesos y carencias de seguimiento a procesos de los cuales resultan vulneración de derechos que deberían estar garantizados si cada actor cumpliera con sus competencias.

Desde esta dimensión se identifican como facilitadores: Los actores institucionales comparten un marco común de referencia sobre la violencia, el género, el paradigma de salud y los derechos humanos; la movilización social desde los diferentes actores institucionales para prevenir las violencias de género y la construcción de rutas intersectoriales de atención integral a la gestante.

En la ciudad de Popayán, además de los actores de los sectores salud y protección se cuenta con el apoyo de la oficina de la mujer, la patrulla de género, instituciones que comparten desde sus diferentes competencias un marco jurídico común que busca garantizar los derechos humanos de las mujeres y sus hijos, especialmente en las etapas de mayor vulnerabilidad, para lo cual existen rutas de atención integral.

Por su parte desde el sector educativo se cuenta con la Universidad del Cauca y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) quienes son los encargados de la formación del talento humano en salud, actores fundamentales para dar el salto generacional respecto al talento humano que desde su formación obtenga un mayor nivel de conocimientos y habilidades que contribuyan a la garantía de un parto y nacimiento respetados y al fortalecimiento de procesos investigativos en torno a estos temas.

9.4. Rol de los Profesionales involucrados

Esta dimensión es entendida para la presente investigación como la relación que existe entre el nivel de conocimientos y habilidades y lo establecido en la normatividad vigente y las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva, considerando que este aspecto está directamente relacionado con la incorporación de prácticas de parto respetado y humanizado en los servicios obstétricos.

En esta dimensión se reconocen como barreras las siguientes: Falta un mayor nivel de apropiación de las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva la cual se debería ver reflejada en la adaptación de los protocolos de atención a las nuevas recomendaciones de la OMS y las limitaciones de la infraestructura en los servicios obstétricos que no permiten que el personal de salud pueda garantizar la movilidad durante el trabajo de parto y el acompañamiento de un familiar significativo durante el trabajo de parto y parto

Al respecto tenemos que el 50% de los encuestados han sido capacitados en relación a las nuevas recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva y un 50% no; respecto a la implementación de la Ruta Materno Perinatal solo un 57,5% han participado en jornadas de actualización sobre esta directriz nacional; sin embargo, es especialmente significativo que el 80% del talento humano encuestado no ha sido capacitado en relación a la implementación de la Circular No. 000016 de 2017 Fortalecimiento de que garanticen la atención segura, digna adecuada de las maternas, a pesar de ser una norma de obligatorio cumplimiento para IPS, EPS y administraciones locales. Las capacitaciones mencionadas son fundamentales para comprender como la evidencia científica y la gestión en la atención en salud materno perinatal en Colombia ha cambiado y con ello se deben hacer modificaciones de los protocolo y procesos de atención hacia una práctica menos medicalizada y más respetuosa de las necesidades biológicas, psicológicas y culturales de las familias gestantes.

Estos datos reflejan la necesidad de acompañar la política pública por un parto y nacimiento respetados de una acción interinstitucional que garantice que el talento humano en salud tenga la oportunidad de estar permanentemente actualizado respecto a la normatividad vigente.

Con relación a la actualización sobre las últimas prácticas asociadas a la violencia obstétrica y el mejoramiento de las habilidades respectivas tenemos los siguientes resultados:

12. ¿Del siguiente listado de prácticas para la atención del parto en cuales cree que es necesario que el talento humano de su institución obtenga más o mejores conocimientos/habilidades ?

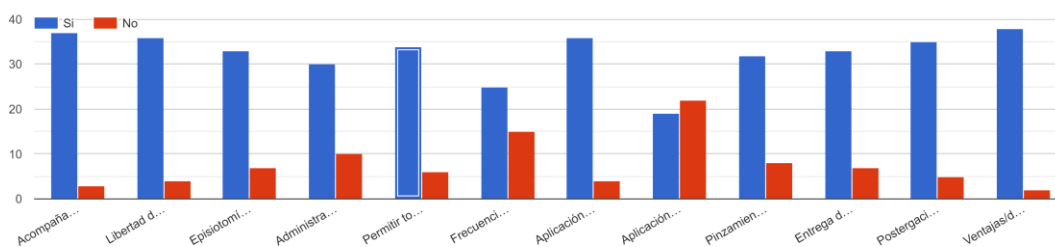


Figura 2: Necesidad de conocimiento/habilidades en prácticas asociadas a parto respetado. Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se establece un listado de prácticas para la atención del parto, encaminadas a determinar en cuales de ellas el talento humano requiere mejores conocimientos y habilidades, donde los encuestados responden sí o no en caso de que las instituciones donde laboran requieran mejorar en las siguientes prácticas: acompañamiento de familiar significativo durante el trabajo de parto y parto, libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto, episiotomía selectiva, administración de oxitócicos en trabajo de parto, permitir tomar líquidos y alimentos durante el trabajo de parto a gestantes de bajo riesgo, frecuencia de tactos vaginales, aplicación de técnicas para el manejo no farmacológico del dolor, aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo (Maniobra Kristeller) práctica que esta desaconsejada, pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 min), entrega de la placenta para las familias que lo soliciten, postergación de cuidados neonatales para favorecer contacto piel a piel en el recién nacido y ventajas/desventajas del pujo dirigido. Así las cosas, se obtiene como resultado que los encuestados manifiestan en su gran mayoría que se requiere mejorar las habilidades y conocimiento de los profesionales de la salud en todas las variables expuestas.

El acompañamiento de un familiar significativo puede contribuir a que el trabajo de parto disminuya entre una y dos horas, así mismo la contención emocional y sentir apoyo en este periodo permite que la mujer pueda tolerar mejor el dolor que pueda sentir.

15. Respecto a la presencia de un familiar elegido por la gestante durante el trabajo de parto, usted esta:
40 respuestas

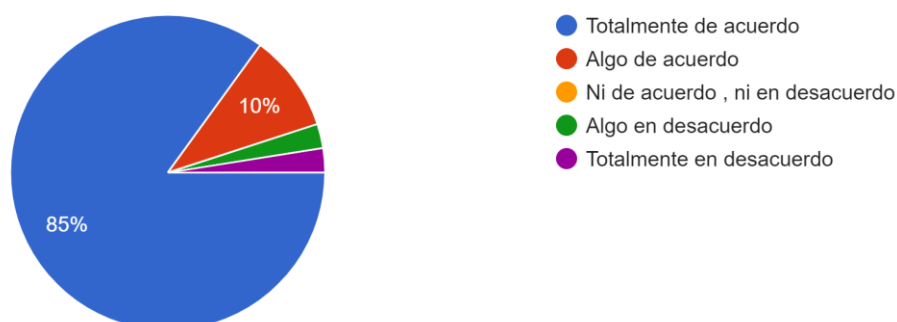


Figura. 3: Nivel de aceptación de acompañamiento durante el parto y posparto. Fuente: Elaboración propia.

Respecto a esta práctica recomendada, es especialmente significativo encontrar que el 85% se muestra totalmente de acuerdo y un 10% algo de acuerdo sin embargo esta disposición para favorecer el acompañamiento puede verse afectada por las limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud obstétricos, particularmente con la posibilidad de garantizar la movilidad de la gestante y la presencia de un familiar significativo durante el trabajo de parto y parto.

Por lo anterior era pertinente explorar las condiciones de la infraestructura disponible y su relación con las posibilidades de garantizar el acompañamiento, considerando que estas deben permitir garantizar también la intimidad de todas las mujeres que se encuentren en el servicio y la deambulacion de las mismas en la medida en que el movimiento acorta el trabajo de parto y tiene un impacto positivo en el manejo del dolor.

14. ¿La infraestructura actual de su institución en las salas de trabajo de parto y parto, favorecen el acompañamiento a las gestantes de un familiar significativo?

40 respuestas

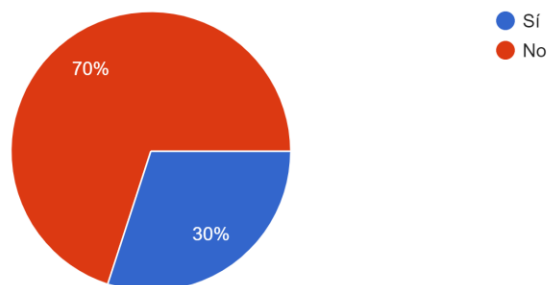


Figura 4: Infraestructura disponible y su relación con el acompañamiento durante el parto y posparto. Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la gráfica anterior, tenemos que el 70% de los encuestados manifiestan que sus instituciones no cuentan con las adecuaciones en infraestructura que garanticen atender la necesidad de las gestantes de acompañamiento por parte de algunos familiares o personas cercanas durante esta etapa.

En relación a las condiciones de la infraestructura actual y la garantía de movilidad de las gestantes durante el trabajo de parto, se encontró que el 62,5% de los encuestados, consideran que la infraestructura disponible no permite la implementación de esta práctica recomendada que favorecen el acortamiento del trabajo de parto de manera natural. Estos resultados evidencian la necesidad de incluir dentro de la política pública de parto y nacimiento respetado aspectos que mejoren la infraestructura y posibiliten el acompañamiento y la movilidad a las gestantes en su labor de parto y parto.

9.5. Impacto de las condiciones laborales del talento humano en salud en los servicios de salud obstétricos.

Esta dimensión busca mostrar algunos aspectos laborales y su posible impacto en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Esta dimensión presenta como barreras: Alto nivel de insatisfacción con el tipo de contratación que tiene el talento humano en los servicios de salud obstétricos e insuficiente cantidad de talento humano asignado a los servicios de salud obstétricos, en relación al volumen de pacientes.

En esta dimensión se encuentra como facilitador el hecho de que la duración de la jornada laboral del personal encuestado se encuentre dentro de un rango que no compromete la calidad en la prestación de los servicios obstétricos.

Se encontró que el 92.6% de los entrevistados se considera insatisfecho con el tipo de contratación que tiene el talento humano en los servicios de salud obstétricos, aspecto que puede tener un impacto directo en la calidad de la atención y en la relación que establece el personal de salud con las mujeres gestantes y su familia.

5. ¿Se considera satisfecho con el tipo de contratación que tiene el talento humano en los servicios de salud obstétricos?

40 respuestas

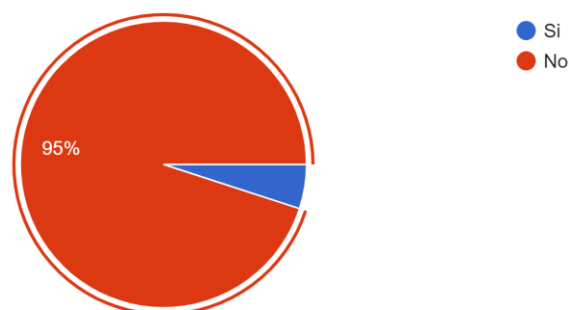


Figura 5: Nivel de satisfacción del talento humano de los servicios de salud obstétricos con el tipo de contratación laboral. Fuente: Elaboración propia.

Las condiciones del personal de salud se agravan cuando además del indicador anterior se encuentra que el 92,5% de los participantes considera que la cantidad de talento humano asignado a los los servicios de salud obstétricos con relación al volumen de gestantes en estos servicios es insuficiente lo que muestra un claro problema de sobrecarga laboral que va en detrimento de la calidad de la prestación de los servicios de salud obstétricos y la imposibilidad de brindar contención y apoyo emocional a las gestantes que en la actualidad no se les permite estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto.

Si bien las condiciones laborales del personal de salud obstétricos implican transformaciones mucho más estructurales del sistema de salud, es un factor muy importante a considerar y a visibilizar de tal manera que en el proceso de construcción de una política pública sobre parto y nacimiento respetado, ellos tengan un rol mucho más activo que contribuya a generar condiciones laborales diferenciales por las implicaciones que tiene la prestación de servicios obstétricos.

10. Conclusiones

La violencia obstétrica, por su complejidad y múltiples aristas, demanda una política específica necesaria para enfrentarla, teniendo en cuenta que, por ser considerada como un tipo de violencia de género, es perentorio tomar medidas concretas que permitan prevenir y contrarrestar la vulneración de derechos humanos de las mujeres durante la gestación parto y posparto. En este sentido, un punto de partida es la necesidad de reiterar el carácter fundamental y siempre vigente de los derechos humanos de las mujeres, y la obligación de protegerlos y garantizarlos en toda circunstancia sin subordinarlos ni mediatizarlos para de este modo no vulnerarlos. La gravedad de las distintas manifestaciones de la violencia de obstétrica, de acuerdo a su magnitud, alcance y consecuencias individuales y sociales, exige acciones urgentes para apoyar y proteger a las víctimas y lograr que las mujeres puedan ejercer y hacer valer sus derechos y que la sociedad cuente con los instrumentos para sancionar a los profesionales e instituciones de salud que incurran en estas conductas. De igual modo, es necesario diseñar e implementar estrategias preventivas en las instancias políticas, legislativas, judiciales y educativas, cuyos efectos positivos se podrán visualizar a mediano y largo plazo, encaminada a garantizar un parto y nacimiento respetado.

No es posible adoptar medidas para hacer frente a esta problemática sin tomar en cuenta los contenidos del modelo cultural dominante y los procesos de reproducción simbólica que legitiman la violencia de género. Las raíces del problema son estructurales, por lo que es imprescindible implementar políticas públicas que permitan modificar los mecanismos que conducen a su perpetuación y reproducción, e ir creando un ambiente propicio que dignifique a las mujeres durante la gestación, parto y posparto.

Este trabajo plantea los siguientes facilitadores para la construcción de una política pública en la ciudad de Popayán:

Existe un suficiente sustento normativo en el contexto internacional e interagencial que respalda la construcción e implementación de la política en mención y que requiere ser adoptada plenamente en el contexto local.

Existe normatividad en el sector salud que favorece las prácticas para un parto y nacimiento respetados.

El incremento de información sobre violencia obstétrica y parto respetado, las investigaciones que existen en el contexto local y que muestran las vivencias que tiene las mujeres payanesas entorno a la violencia obstétrica y el fortalecimiento de los procesos de movilización social de las mujeres en el contexto nacional, pueden contribuir a tener un amplio respaldo ciudadano a los procesos de construcción de esta política pública.

Se evidencia interés en el personal de salud de los servicios obstétricos de la ciudad de Popayán en favorecer prácticas asociadas al parto respetado.

Existe voluntad política desde las Secretarías de Salud y de la Mujer para liderar la construcción de esta política pública.

Popayán cuenta con la Universidad del Cauca y con el SENA como centros formadores del personal de salud, desde donde se pueden consolidar iniciativas académicas, investigativas y de interacción social para la construcción, implementación y evaluación de la política en mención.

Las principales barreras identificadas para la construcción la construcción de una política pública de parto y nacimiento respetado en la ciudad de Popayán son:

Carencia de un marco normativo en el contexto nacional que conceptúe, tipifique y sancione la violencia obstétrica y de que promueva el parto respetado y humanizado como derecho humano, derecho a la salud y como derecho sexual y reproductivo.

Bajo nivel de conocimiento en el personal de salud local de las recomendaciones de la OMS, de la Ruta Maternoperinatal y de la Circular No. 000016 de 2017 “Fortalecimiento de que garanticen la atención segura, digna adecuada de las maternas”, lo que puede estar asociado a un bajo nivel de actualización de los protocolos para la atención del parto y el nacimiento.

Bajo nivel de reconocimiento ciudadano a la Violencia Obstétrica, como un problema de salud pública y una forma de violencia de género por parte del personal de salud y de las mujeres gestantes y sus familias.

Muy bajo nivel de satisfacción del personal de salud que labora en los servicios obstétricos respecto al tipo de vinculación laboral y sus condiciones laborales respecto a la carga que implica la atención de un gran volumen de pacientes en relación al talento humano asignado.

Limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud obstétricos que no favorecen el acompañamiento y la movilidad de las gestantes.

11. Recomendaciones

Para los tomadores de decisión:

Se recomienda apegarse a la extensa normatividad y jurisprudencia que se ha producido en el orden nacional e internacional para responder a la violencia de género, sustentados en la necesidad de intervenir la violencia obstétrica como un problema de salud pública que compromete la salud y el bienestar de la madre y su hijo.

Establecer un proceso de articulación intersectorial con los Hospitales públicos y privados de la ciudad, la academia, las organizaciones de mujeres, las organizaciones gremiales de salud, las EPS, las Secretarías de Salud y de la Mujer de la ciudad de Popayán, para que con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social se participe activamente en todo el proceso de construcción de esta política.

Basados en las iniciativas y experiencias en los temas relacionados con violencias de género y violencias sexuales, con la pretensión de aunar esfuerzos y fortalecer las acciones orientadas a la prevención, atención, judicialización, desarrollo de sistemas de información e incidencia sobre las violencias, se hace necesario establecer un mecanismo que permita atender las inquietudes, quejas o reclamos de las mujeres gestantes y sus familias con respecto a los procesos de atención del embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia materna, de tal manera que se documenten los casos y se realice acompañamiento jurídico en caso de requerirlo.

Para la Red de Hospitales Públicos y Privados y Entidades Promotoras de Salud:

Fortalecer las capacidades y habilidades del personal mediante la implementación de procesos de actualización que contribuyan a la modificación de los protocolos de atención del trabajo de parto, parto, posparto y recién nacido y la adopción de las recomendaciones de la OMS (2018) las cuales son formuladas a partir de la última evidencia científica.

Promover procesos de revisión, ajuste e implementación de políticas internas, desde los enfoques de derechos humanos, género, étnico y diferencial, en la atención del parto y nacimiento respetado, siendo esta la mejor ruta para contrarrestar la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género.

Diseñar proyectos de adecuación y/o construcción de infraestructura para los servicios de ginecología de tal manera que estos favorezcan el acompañamiento de un familiar significativo, la movilidad durante el trabajo de parto y la adopción de la posición que la mujer elija para el momento del parto.

Para la academia:

Fortalecer dentro de los procesos formativos el desarrollo de conocimientos y habilidades que contribuyan a mejorar la prestación de servicios de salud obstétricos desde la garantía del derecho a un parto y nacimiento respetados.

Generar procesos investigativos para tener evidencia en el contexto local del impacto de la implementación de prácticas asociadas al parto y nacimiento respetados.

Acompañar el proceso de formulación de la política pública por un parto y nacimiento respetados.

12. Referencias Bibliográficas

Alcaldía de Popayán. (2020) Plan de desarrollo municipal Popayán 2020-2023. Recuperado de

http://www.popayan.gov.co/sites/default/files/documentosAnexos/pdm2020_2023_0.pdf

Alcaldía de Popayán. (2020). Secretaria de la mujer. Recuperado de

<http://www.popayan.gov.co/ciudadanos/la-alcaldia/unidades-administrativas-e-instancias-de-gestion/secretaria-de-la-mujer>

Asociación el parto es nuestro (14 de diciembre de 2020). ¿Qué es un parto respetado?

Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado>

Asociación el parto es nuestro (14 de diciembre de 2020). La episiotomía. Recuperado de

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.

Revista redbioética, 1(7), 25-34.

Benavente, M., y Barrientos, A. (2014). Políticas públicas para la igualdad de género: un aporte a

la autonomía de las mujeres, Libros de la CEPAL, N° 130 (LC/G.2620-P), Santiago de Chile.

CEPAL. (2016). Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible una oportunidad para

América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>

Código penal de Chiapas. (2007). Periódico Oficial número 135. México 14 de marzo de 2007.

Constitución Política Colombiana [Const]. Art. 93 – 94 7 julio de 1991(Colombia).

- Dowswell T., Smyth R. y Markham C. (18 de junio 2013) Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. Recuperado de https://www.cochrane.org/es/CD006167/PREG_amniotomia-para-acortar-el-trabajo-de-parto-espontaneo#:~:text=La%20rotura%20artificial%20e%20intencional,obstetricia%20y%20entr e%20las%20parteras
- Echeverry, D. (2018). *Análisis de la Violencia Obstétrica asociada con la Violencia de Género y la Violación de los Derechos Humanos en Colombia*. (Trabajo de pregrado), Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio.
- Gago, N. (2017). La importancia del parto respetado, obstétrica de Halitus Instituto Médico.
- Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del auto control*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40754-otras-formas-violencia-mujeres-que-reconocer-nombrar-visibilizar>
- Hernández, J. y Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado. *Revista de Dialectología y tradiciones populares*, LXIX (2), 327-348.
- Jojoa, E. (2019). Violencia Obstétrica: Haciendo Visible lo Invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 135-146.
- Jojoa , E., Cortés, V., Falla, A., Mueses, A., Muñoz, D., Muñoz, O., y Nuñez, D. (2019). *Violencia obstétrica en mujeres con partos institucionales durante la adolescencia*.

Comuna 5. Popayán, Cauca.2019. (Trabajo de pregrado). Universidad del Cauca.,
Popayán.

Ley N° 25929. Diario Oficial de la República de Argentina, Argentina 21 de septiembre de 2004.

Ley N° 26.4885. Diario Oficial de la República de Argentina, Argentina 11 de marzo de 2009.

Ley N° 348. Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, Bolivia 9 de marzo de 2013.

Ley N° 38.668. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Venezuela 23 de abril de 2007.

Mecanismo de Seguimiento de la Convencion de Belem do Pará (MESECVI). (2012). *Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la convención de Belém do Pará.*

Recuperado de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>

Ministerio de danidad y politica social (2009) implemetacion de guia de practica clinica en el sistema nacional de salud. Manual metodologico *Ministerio de Sanidad y Política Social*, Madrid. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_implementacion.pdf

Mintzberg, H., y Jorgensen, J. (1995). Una estrategia emergente para la política pública. *Gestión y Política Pública*, 4(1), 25–46.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). Comprender y abordar las violencias contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC: OPS

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=17100CE60F3A24C0DBCDBF56B2CDA695?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud, OPS y Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, DC: OPS
- Peña, W. (2009). La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder. *Revista latinoamericana de bioética*, 2(17), 62-75.
- Scaff, N. (2014). *Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*. Colombia
- Unicef. (2019). *Semana mundial del parto respetado una cuestión de derechos*. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>
- Vela, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Villaverde, M., Ellsberg M., Clavel-Arcas, C., et al. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. OPS. Whashington.

12. Anexos

Anexo 1: Marco político y normativo relacionado con violencia obstétrica y parto respetado en América Latina

TEMATICA	AMBITO DE APLICACIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	AUTORES O FUENTES	AÑO	DEFINICIÓN	SANCIONES	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUENTES	PAIS
VIOLENCIA OBSTETRICA	NACIONAL	Ley No. 26.485 DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES	LEY	EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION DE ARGENTINA	2009	Art. 6 - e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. (leer inciso)			https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf	ARGENTINA
PARTO RESPETADO	NACIONAL	LEY 25,929 DE PARTO HUMANIZADO	LEY	EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION DE ARGENTINA	2004	En el art. 2 aunque no define que es la V.O. establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Con el fin de tener un parto humanizado.	Artículo 6º - El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será 9 considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder. (sin embargo no hay una sancion especifica para la Violencia Obstetrica)		http://www.sipi.sitcal.it+J3pe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_5929_parto_respetado.pdf	ARGENTINA
PARTO RESPETADO	NACIONAL	MATERNIDADES SEGURAS Y CENTRADAS EN LA FAMILIA (segunda edición)	POLÍTICA PÚBLICA	MINISTERIO DE SALUD UNICEF FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA	2012			Aunque no definen la V.O. Se trata de un paradigma organizacional que, en esencia, transforma a los padres y familia en coprotagonistas del proceso de embarazo, parto y puerperio, y estimula el respeto y protección de los derechos de la mujer que se encuentra en dichos contextos.	http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Maternidad%20segura%20y%20centrada%20en%20la%20Familia%20UNICEF.pdf	ARGENTINA

VIOLENCIA OBSTETRICA	NACIONAL	RESOLUCIÓN No. 120 DE LA COMISIÓN NACIONAL COORDINADORA DE ACCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE SANCIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (CONSAVIG)	RESOLUCIÓN	MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS	2011		Esta comisión tiene por finalidad colaborar en el "diseño de sanciones contra la violencia de género entendiendo que la sanción debe ser una medida reparadora para la(s) víctima(s)". Debido a la especificidad de la violencia obstétrica resultó necesario constituir un grupo de trabajo especial para la materia.		https://www.argentina.gob.ar/justicia/consavig#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20Coordinadora%20de,municipales%20organizaciones%20sociales%20%20	
VIOLENCIA OBSTETRICA	NACIONAL	LEY ORGÁNICA No. 38.668 SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA	LEY	LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA	2007	Art. 15 se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: 13. Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica 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.	En la ley en mención se sanciona la esterilización forzada. Art. 52 Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.		https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf	VENEZUELA
PARTO RESPETADO	NACIONAL	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA	NORMA	PABLO ANTONIO KURI MORALES, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRESIDENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	2016	1. Objetivo y campo de aplicación 1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. 1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.	5.11 Promoción de la salud materna y perinatal. 5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe: 5.11.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables. 5.11.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos. 5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de: 5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. 5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a. 5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes. 5.11.1.3.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica. 5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos. 5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente. 5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez. 5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral. 5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación. 5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el		https://www.cndh.org.mx/sites/default/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf	MEXICO

VIOLENCIA OBSTETRICA	NACIONAL	INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA Y DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	PROYECTO DE DECRETO	SENADORA CLAUDIA EDITHANAYA MOTA	2018	La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.	ARTÍCULO 46.- Corresponde a la Secretaría de Salud: I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia institucional y obstétrica en su contra; II a X. ... X. Capacitar al personal del sector salud con perspectiva de género, con la finalidad de que detecten la violencia institucional y obstétrica contra las mujeres. Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: I a IV. ... V. Las acciones necesarias para identificar, prevenir y erradicar la violencia obstétrica contra las mujeres, asegurando un trato digno durante el embarazo, parto y puerperio.	https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/87516	MEXICO
VIOLENCIA OBSTETRICA	LOCAL	CODIGO PENAL DEL ESTADO DE CHIAPAS	CÓDIGO PENAL	SECRETARIA DE GOBIERNO, DIRECCION DE ASUSTOS JURIDICOS Y DEPARTAMENTO DE GOBERNACIÓN	2007	Artículo 183 ter. Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.	ART. 183 - SEGUNDO PARRAFO con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño. ART.183 QUARTER Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien: I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas. II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. III. Altere 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. IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural	https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?w=MjQ=	MEXICO
VIOLENCIA OBSTETRICA	LOCAL	CODIGO PENAL DEL ESTADO DE VERACRUZ	CÓDIGO PENAL	SECRETARIA DE GOBIERNO, DIRECCION DE ASUSTOS JURIDICOS Y DEPARTAMENTO DE GOBERNACIÓN	2010	CAPITULO III VIOLENCIA OBSTÉTRICA (ADICIONADO, G.O. 02 DE ABRIL DE 2010) Artículo 363. Comete este delito el personal de salud que: I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; II. Altere 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; III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarlo o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.	ART.363 A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.	https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270115.pdf	MEXICO

INTERNACIONAL	PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA FALTA DE RESPETO Y EL MALTRATO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN CENTROS DE SALUD ⁷	DECLARACIÓN	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	2014	...trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.(5) Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.	N/A	<p>1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.</p> <p>2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.</p> <p>3. Realizar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.</p> <p>4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.</p> <p>5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.</p>	https://www.who.int/reproductive-health/topics/maternal_perinatal_statement-childbirth/es/	N/A
INTERNACIONAL	INFORME DE LA RELATORA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS ACERCA DE UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DEL MALTRATO Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, CON ESPECIAL HINCAPIÉ EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	INFORME	ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	2019		N/A	<p>Los Estados partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer tienen además la obligación de elaborar y aplicar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación y la violencia de género contra la mujer, en particular en el ámbito de la atención de la salud. Se trata de una obligación de carácter inmediato y las demoras no pueden justificarse por ningún motivo, ni siquiera por razones económicas, culturales o religiosas.</p> <p>75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.</p> <p>77. Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva.</p> <p>Prevención de la violencia obstétrica</p> <p>d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer</p>	https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/informe-ONU-violencia-reproductiva.pdf	N/A

VIOLENCIA OBSTETRICA	INTERNACIONAL	CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (convención de Belém do Pará)	CONVENIO	ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS	1994	debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica. a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra	N/A		https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf	
PARTO RESPETADO	NACIONAL	CIRCULAR No. 000016 DE 2017 FORTALECIMIENTO DE ACCIONES QUE GARANTICEN LA ATENCIÓN SEGURA, DIGNA Y ADECUADA DE LAS MATERNAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.	RESOLUCIÓN	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2017	N/A	La omisión de aplicarlas, así como las instrucciones de que trata la presente Circular, ocasionará que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las respectivas acciones en el marco de sus competencias, dado el impacto que el asunto tiene en materia de salud pública a nivel nacional.	Entes territoriales, IPS, EPS: Desarrollar e implementar estrategias y acciones para promover una atención preferencial a las mujeres en estado de gestación y evitar cualquier trato desobligante o lesivo en su contra al momento del parto, en los términos señalados por la Organización Mundial de la Salud — OMS en el documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" IPS Implementar las recomendaciones definidas en la Guía de Práctica Clínica — GPC Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo en materia de promoción del parto humanizado. 18. Adelantar las acciones para la adecuación con pertinencia cultural de los servicios de atención de parto y demás relacionados con la salud materna y neo natal.	https://www.comparta.com.co/mediateca/files/Circular%20No-0016%202017.pdf	COLOMBIA

PARTO RESPETADO	INTERNACIONAL	ECOMENDACIONES DE LA OMS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA ECOMENDACIONES DE LA OMS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA ECOMENDACIONES DE LA OMS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA ECOMENDACIONES DE LA OMS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA ECOMENDACIONES DE LA OMS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA	RECOMENDACIONES	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	2019	Define una experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.	N/A	Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	N/A
PARTO RESPETADO	NACIONAL	LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL	LINEAMIENTO	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2018	La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto. Objetivos <input type="checkbox"/> Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos. <input type="checkbox"/> Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.	La ruta integral de atención en salud materno perinatal es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud).	Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.		COLOMBIA

Anexo 2: Encuesta a Personal de Salud. Barreras y Facilitadores para la Construcción de una Política Pública en la ciudad de Popayán

Barreras y facilitadores para la construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados

***Obligatorio**

Dirección de correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico _____

Consentimiento informado: El objetivo de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar en nuestra investigación relacionada con la exploración de las posibles barreras y facilitadores que permitan construir una política pública que garantice un parto y nacimiento respetados y condiciones laborales dignas para el talento humano de los servicios de salud obstétricos. La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique. Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación al email lorenajaveriana29@javerianacali.edu.co La información que nos pueda brindar será de gran ayuda. Agradecemos su participación. Acepto participar de esta investigación: *

Sí

No

Cargo *

Tu respuesta _____

Tipo de prestador donde labora *

Primario (Hospital del Primer Nivel de Atención)

Secundario (Hospital del Segundo o Tercer Nivel de Atención)

Página 1 de 5

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad del Cauca. [Notificar uso indebido](#)

Barreras y facilitadores para la construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados

*Obligatorio

Conceptos

1. ¿Qué aspectos considera usted se encuentran asociados al concepto de violencia obstétrica? *

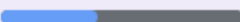
Tu respuesta

2. ¿Cuándo considera usted que un parto es respetado y humanizado?

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

 Página 2 de 5

Barreras y facilitadores para la construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados

*Obligatorio

Población destinataria

Este apartado hace referencia a las mujeres gestantes y sus familias.

3. ¿Cuál considera que es el nivel de información de las mujeres gestantes sobre el proceso del trabajo de parto y parto en la ciudad de Popayán? *

- Alto
- Medio
- Bajo

4. ¿Cuál cree que sea el nivel de participación de las mujeres en edad reproductiva y sus parejas en la construcción de una política pública por un parto y nacimiento respetados? *

- Alto
- Medio
- Bajo

Atrás

Siguiente

Página 3 de 5

Barreras y facilitadores para la construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados

*Obligatorio

Talento Humano

5. ¿Se considera satisfecho con el tipo de contratación que tiene el talento humano en los servicios de salud obstétricos? *

- Sí
- No

6. Su Jornada laboral regularmente dura: *

	Nunca	Frecuentemente	Esporadicamente
Entre 4 y 8 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. La cantidad de talento humano asignado a los los servicios de salud obstétricos con relación al volumen de gestantes en estos servicios es: *

- Suficiente
- Insuficiente

8. ¿En su institución se ha capacitado al talento humano en relación a las nuevas recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva? *

- Sí
- No

9. ¿En su institución se ha capacitado al talento humano en relación a la implementación de la Ruta Materno Perinata? *

- Sí
- No

10. En su institución se ha capacitado al Talento Humano en relación a la implementación de la Circular No. 000016 de 2017 Fortalecimiento De Acciones Que Garantizan La Atención Segura, Digna Y Adecuada De Las Mujeres en el territorio Nacional. *

- Sí
- No

[Antes](#)

[Siguiente](#)

Página 4 de 5

Siempre en línea con el servicio de Formularios de Google.

Este formulario está en propiedad del Comité de Gestión del Hospital.

Google Formularios

Barreras y facilitadores para la construcción de una Política Pública por un Parto y Nacimiento Respetados


*Obligatorio

Prestación de los Servicios

11. ¿De las siguientes prácticas para la atención del parto cuales se han implementado en su institución? *

	Si	No
Autorización del acompañante que la mujer elija durante el trabajo de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorización del acompañante que la mujer elija durante el parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episiotomía selectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de oxitócicos en trabajo de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realización de rasurado y enema	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Permitir tomar líquidos y		

Permitir tomar líquidos y alimentos durante el trabajo de parto a gestantes de bajo riesgo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tactos vaginales con una frecuencia menor a 4 horas. horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación de técnicas para el manejo no farmacológico del dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto piel a piel del recién nacido con su madre por mínimo 1 hora tan pronto se produce el nacimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo. (Maniobra Kristeller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrega de la placenta para las familias que lo soliciten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 En esta pregunta debes introducir al menos una respuesta por fila

12. ¿Del siguiente listado de prácticas para la atención del parto en cuales cree que es necesario que el talento humano de su institución obtenga más o mejores conocimientos/habilidades ? *

Si

No

Acompañamiento de familiar significativo durante el trabajo de parto y parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episiotomía selectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de oxitócicos en trabajo de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permitir tomar líquidos y alimentos durante el trabajo de parto a gestantes de bajo riesgo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia de tactos vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación de técnicas para el manejo no farmacológico del dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo. (Maniobra Kristeller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrega de la placenta para las familias que lo soliciten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postergación de cuidados neonatales para favorecer contacto piel a piel en el recién nacido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar/documentar el curso		

13. ¿La infraestructura actual de su institución en las salas de trabajo de parto, favorecen la movilidad de las gestantes? *

Sí

No

14. ¿La infraestructura actual de su institución en las salas de trabajo de parto y parto, favorecen el acompañamiento a las gestantes de un familiar significativo? *

Sí

No

15. Respecto a la presencia de un familiar elegido por la gestante durante el trabajo de parto, usted esta: *

Totalmente de acuerdo

Algo de acuerdo


Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

[Atrás](#)

[Enviar](#)

 Página 5 de 5